



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Palliasjon til pasienter med langtkommet hjertesvikt**

Aimen Naima Hope og Christine Austrheim Krossøy

Totalt antall sider inkludert forside: 60

Molde, 27.11.2009



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Palliasjon til pasienter med langtkommet hjertesvikt**

**Tittel på engelsk: Palliation to patients with congestive heart failure**

**Forfatter(e): Aimen Naima Hope og Christine Austrheim Krossøy**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Else Jørgensen**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

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

**Dato: 14.10.09**

**Antall ord: 11998**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Lagtkommet hjertesvikt er alvorlig sykdom med mange og komplekse symptomer. Man regner med at ca 80 000 – 100 000 mennesker lider av hjertesvikt i Norge. Hensikten med dette litteraturstudiet er å undersøke om palliasjon som metode, har en positiv virkning på pasienter med langtkommet hjertesvikt. **Metode:** Dette litteraturstudiet er basert på 12 forskningsartikler som er både kvalitative- og kvantitative. Forfatterne brukte Goodmans syv ulike steg, som metode, for å utføre denne vitenskapelige litteraturstudien. **Resultat:** Pasientene følte at de fikk dårlig informasjon om sykdommen sin. Videre fortalte flere sykepleiere om dårlig kommunikasjon mellom pasient, leger og sykepleiere som kunne resultere i at pasientene ikke fikk den informasjon som de trengte (Horne, Payne 2004). Det kom også frem at pasienter med hjertesvikt hadde i gjennomsnitt 6,7 plagsomme symptomer som var mulig å lindre, men som ikke ble lindret på tilfredsstillende måte (Nordgren, Sörensen 2003). Smerter og dyspnè var de symptomene som var verste for pasientene. Videre kommer det frem at pasientene hadde god nytte av palliativ omsorg; pasientene fortalte om bedre symptomkontroll og lindring, samt færre planlagte sykehusinnleggelse. For å utøve god palliativ pleie til disse pasientene, trenger man gode kunnskaper i både kardiologi om palliasjon.

Nøkkelord: Langtkommet hjertesvikt; Palliativ omsorg; Kommunikasjon; Smerte; Dyspnè

## **Abstract**

**Background:** Severe heart failure is an illness with many complex symptoms, with high morbidity and mortality. It is estimated that around 80000 to 100000 people in Norway suffer from heart failure. The aim of this study is to explore if palliation as a method can have a positive impact on patients with severe heart failure. **Method:** The study has been done as a literature review. Goodman's seven steps were used in the research process. The 12 scientific articles that have been examined have been both qualitative and quantitative. **Result:** The patients felt they didn't receive sufficient information about their illness furthermore several nurses spoke about poor communication between patients, doctors and nurses which could result in patients not receiving the necessary information (Horne, Payne 2004). It also highlighted patients with heart failure had an average of 6.7 symptoms which was possible to relieve, but was limited or poorly managed? (Nordgren, Sörensen 2003). Furthermore, the results showed that patients felt they were better off with palliative care approach; resulting in better symptom control and relieve and also less hospitalization. In order to perform good palliative care to these patients one needs good knowledge in both cardiology and palliative care.

**Keyword:** Severe heart failure; Palliative care approach; Communication; Pain; Dyspnea

# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.0 Innledning</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....  | <b>2</b>  |
| 2.1 Hjertesvikt .....   | 2         |
| 2.1.1 Årsaker til hjertesvikt.....  | 3         |
| 2.1.2 Symptomer ved hjertesvikt .....   | 3         |
| 2.1.3 Medisinsk behandling av hjertesvikt.....  | 5         |
| 2.1.4 Sykepleie til pasienter med langtkommet hjertesvikt .....                         | 6         |
| 2.2 Palliasjon .....  | 7         |
| 2.2.1 Hva er palliasjon?.....   | 7         |
| 2.2.2 Palliasjon i Norge .....  | 8         |
| 2.2.3 Palliasjon til pasienter med hjertesvikt .....                                    | 8         |
| 2.3 Palliativ filosofi i forhold til Joyce Travelbees sykepleieteorier .....            | 10        |
| <b>3.0 Metode</b> .....   | <b>13</b> |
| 3.1 Steg 1- Spesifisere et forskningsproblem.....                                       | 13        |
| 3.2 Steg 2 – Spesifisere inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteraturstudiet..... | 13        |
| 3.3 Steg 3 – Formulere en plan for litteratursøkningen .....                            | 14        |
| 3.3.1 Identifisere hvilke ressurser som er tilgjengelige .....                          | 14        |
| 3.3.2 Identifisere hvilke databaser som er relevante for litteraturstudiet.....         | 15        |
| 3.3.3 Hovedtrekk avgjøres og forskningsproblemet avgrenses .....                        | 15        |
| 3.3.4 Utvikle en søkestrategi for hvert søkesystem .....                                | 15        |
| 3.4 Steg 4 – Litteratursøkningen og valgte artikler gjennomgås .....                    | 15        |
| 3.5 Steg 5 – Kvalitetssikring av valgte artikler .....                                  | 20        |
| 3.6 Steg 6 – Artikkene analyseres .....   | 21        |
| 3.7 Steg 7 – Gradering av kvalitetsstyrke for å kunne dra konklusjoner .....            | 21        |
| 3.8 Etikk .....   | 22        |
| <b>4.0 Resultat</b> .....   | <b>23</b> |
| 4.1 Kommunikasjon til pasienter med hjertesvikt.....                                    | 23        |
| 4.2 Symptomer ved langtkommet hjertesvikt .....   | 24        |
| 4.2.1 Smerte ved langtkommet hjertesvikt.....   | 25        |
| 4.2.2 Dyspnè .....  | 25        |
| 4.3 Kardiologiske sykepleiere versus Palliative sykepleiere .....                       | 26        |
| 4.4 Palliasjon .....  | 27        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>5.0 Diskusjon</b> .....   | <b>29</b> |
| 5.1 Metodediskusjon .....  | 29        |
| 5.2 Resultatdiskusjon .....  | 32        |
| 5.2.1 Kan kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell virke inn på<br>pasientens sykdomsforståelse og evne til å mestre sin sykdom? ..... | 32        |
| 5.2.2 Hvilke symptomer er pasienter med langtkommet hjertesvikt plaget av? .....   | 34        |
| 5.2.3 Når bør palliativ team kontaktes når det gjelder pasienter med hjertesvikt? .....  | 37        |
| <b>6.0 Konklusjon</b> .....  | <b>40</b> |
| <b>Litteraturliste</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>Vedlegg</b> .....   | <b>45</b> |
| Vedlegg 1. Pico-skjema .....   | 45        |
| Vedlegg 2. Oversikt over skjema for kvalitetsbedømmning av kvalitative<br>forskningsartikler .....   | 46        |
| Vedlegg 3. Oversikt over skjema for kvalitetsbedømmning av kvantitative<br>forskningsartikler .....  | 48        |
| Vedlegg 4. Kvalitetsgradering av valgte artikler .....   | 50        |
| Vedlegg 5. Oversikt over valgte artikler .....   | 51        |

## 1.0 Innledning

Hjertesvikt er en svært alvorlig diagnose forbundet med betydelig sykkelighet og dødelighet. Langtkommet hjertesvikt er en alvorlig diagnose med dødelighet på 40-60 % første år etter at diagnosen er stilt. Diagnosen kan sammenlignes med hvilken som helst alvorlig kreftdiagnose. Man regner med at ca 80 000 – 100 000 av befolkningen lider av hjertesvikt (Hole, 2004). Det er en økende andel av eldre i befolkningen, og dette er en pasientgruppe som sykepleiere vil møte i sin praksis og derfor bør ha kunnskap om.

Vi vil gjennom denne oppgaven få frem at palliasjon ikke bare er for pasienter med kreft, men også kan være til nytte hos pasienter med hjertesvikt. Forfatterne opplevde i praksis at pasienter med hjertesvikt ble automatisk ekskludert fra det palliative tilbudet, til tross for mange plagsomme symptomer og hyppige reinnleggelser. Dette ble grunnlaget for vår oppgave, vi ville undersøke hvorfor disse pasientene ikke fikk et palliativt tilbud på lik linje med kreftpasienter.

Hensikten med dette litteraturstudiet er å undersøke om palliasjon som metode, har positiv virkning på pasienter med langtkommet hjertesvikt.

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Hjertesvikt

Hjertesvikt defineres som en patofysiologisk tilstand, hvor hjertet ikke er stand til å imøtekomme organismens metabolske behov, eller kun klarer dette ved bruk av kompensasjonsmekanismer. Ved hjertesvikt vil en rekke kompensasjonsmekanismer inntre ganske raskt. Den viktigste kompensasjonsmekanismen er Frank-Starling – mekanismen, som opprettholder minuttvolumet. Andre mekanismer er ventrikkelhypertrofi og nevrohumoral aktivisering av det sympatiske nervesystem samt aktivisering av renin-angiotensin-aldosteronsystemet. Kompensasjonsmekanismen skal kompensere for svikten, men blir en belastning som kan forverre svikten, slik at det oppstår en ond sirkel. Problemet blir etter hvert omfattende, slik at det utvikles multiorgansvikt, der pasienten får redusert nyre- og leverfunksjon. Redusert lungefunksjon og systemiske ødemer gjør at oksygeneringen av vev og organer svekkes (Kelbæk Paulsen, Aldershvite 2001). Hjertefunksjonen til en pasient med hjertesvikt vil påvirkes av graden og typen av funksjonsforstyrrelse i hjertet, samt effekten av de ulike kompensasjonsmekanismer. Over tid eller ved økt fysisk belastning vil ikke kompensasjonsmekanismer være tilstrekkelig nok, og pasienten vil da få kliniske symptomer på hjertesvikt (Kelbæk, Paulsen, Aldershvite 2001).

Utviklingen er vanligvis ikke jevnt progredierende. Den har ofte en brå eller plutselig utvikling mot akutt episode, med alvorlig kardial forverring og tap av myokardfunksjonen og kontraktilitet. Hjertesvikt kan klassifiseres på flere måter, for eksempel: Akutt eller kronisk svikt, høyresidig eller venstresidig svikt, systolisk svikt (pumpesvikt) eller diastolisk svikt (fyldingssvikt). Alvorlighetsgraden inndeles etter klinisk funksjonsnivå i henhold til New York Heart Associations (NYHA) klassifisering (Eikeland, Gimnes, Holm 2005).



| Klasse     | Funksjonsnivå   | Dødelighet i første år etter at diagnosen er stilt |
|------------|---|--|
| Klasse I   | Hjertesykdom, medfører ikke begrensning i fysisk aktivitet. Vanlig fysisk aktivitet medfører ikke slitenhet, hjertebank, rask puls, dyspné                              | 5-10 %   |
| Klasse II  | Lette innskrenkninger i fysisk aktivitet. Pasientene er asymptomatiske i hvile. Litt mer enn vanlig fysisk aktivitet medfører slitenhet, hjertebank, rask puls, dyspné. | 5 -30 %  |
| Klasse III | Markert begrensning av fysisk aktivitet. Vanligvis asymptomatiske i hvile. Mindre enn vanlig fysisk aktivitet medfører slitenhet, hjertebank, rask puls, dyspné.        | 20-40 %  |
| Klasse IV  | Pasienten kan ikke utføre noen fysisk aktivitet uten å føle ubehag. Symptomene er tilstede også i hvile, og forverres ved aktivitet                                     | 40-60 %  |

(modenifisert ut i fra; Kelbæk, Paulsen, Aldershvile 2001 s. 483).

### 2.1.1 Årsaker til hjertesvikt

De vanligste årsakene til hjertesvikt er: koronarsykdom, hypertensjon, myokardhypertrofi, kardiomyopati, klaffefeil, medfødt hjertefeil, arytmier og naturlig aldrende hjerte. Andre underliggende årsaker kan være for eksempel KOLS, nyresvikt, anemi, tyreoidesykdommer, forstyrrelse i væske- og elektrolyttbalansen og infeksjoner (Eikeland, Gimnes, Holm 2005).

### 2.1.2 Symptomer ved hjertesvikt

Symptomene ved hjertesvikt er ofte de samme, selv om den underliggende årsaken til svikten varierer. De vanligste symptomer er dyspné, ødemer, pleuravæske, hjertebank,

tretthet, nedsatt matlyst, nykturi, nattlig hoste og ascites (Eikeland, Gimnes, Holm 2005). Vi har valgt å utdype noen av de i dette kapittelet.

Endringer i trykkforholdet mellom indrecellulærvæsken og ekstracellulærvæsken fører til at væsken fra blodet i lungekapillærene trekker ut i ekstracellulærvæsken og alveolene (Wyller 2005). Når trykket i lungevenene øker og blodet stoves bakover til lungene, vil det hydrostatiske trykket stige, væske siver ut av blodbanen og inn i lungene (Kelbæk, Paulsen, Aldersvile 2001). Det økte trykket foran venstre hjertehalvdel kan medføre kronisk hoste, dyspné, tachypné og lungeødem som er akutt livstruende for pasienten. Problemene vil etter vært forplante seg videre til høyre hjertehalvdel, slik at pasienten utvikler kombinert hjertesvikt (Wyller 2005).

Pasienter med hjertesvikt utvikler ødemer, vanligvis ved høyresidig hjertesvikt. De får ødemer på grunn av det høye hydrostatiske trykket i det systemiske kretsløp. Ødemer er mest synlige der venetrykket er størst; i beina hos oppegående pasienter og ryggen hos sengeliggende. Disse pasientene har også nedsatt nyrefunksjon pga redusert gjennomblødning i nyrene. Ved langkommet hjertesvikt kan pasienter utvikle ascites.

Dyspné kan forekomme ved hjertesvikt. Man skiller mellom tre typer dyspné:

- Hviledyspné som opptrer uten at pasienten anstrenger seg, dette er et alvorlig symptom.
- Ortopné forekommer bare ved hjertesvikt. Pasienten blir tungpusten når han ligger på flatt underlag.
- Funksjonsdyspné opptrer når kravet til hjertet øker, for eksempel ved aktivitet (Wyller, 2005).

Smerte kan ikke måles med objektive måleinstrumenter. Smerteopplevelse er en høyst subjektiv opplevelse, og det er derfor vanskelig for andre å vurdere. Smerte er vanligvis ikke forbundet med langkommet hjertesvikt, men disse pasientene kan ha smerter pga. hypoksi, ischemi og generell angina i myocardiet pga nedsatt gjennomblødning. Videre vil også hepatosplenomegali gi abdominale smerter (Kelbæk, Paulsen, Alderhville 2001 og Haugland, Hansen, Areklett 2001).

Pasienter med langkommet hjertesvikt er ofte underernærte. Tilstanden kalles kardial kakeksi og skyldes trolig økt energiomsetning forårsaket av respirasjonsvansker. Andre årsaker til underernæring kan være bivirkninger fra medikamenter som ACE-hemmere, som kan gi kvalme. Økt blodfylde i mage/tarm - kanalen og i leveren kan også gi kvalme og nedsatt appetitt (Jørgensen, 2001).

### **2.1.3 Medisinsk behandling av hjertesvikt**

Medisinsk behandling er en viktig del av behandlingen, samt den palliative delen av hjertesvikt. Derfor er det viktig at sykepleierne har kunnskap om virkningen til de ulike medikamentene.

*Morfin* gis først og fremst som smertelindring men har også dilaterende virkning på lungevenene. Doseringen er svært viktig da morfin virker hemmende på ventilasjonen. Noe som er svært uheldig ved lungeødem (Wyller, 2005).

*Sløyfediuretika* øker væskeutskillelsen i nyrene, slik at det sirkulerende væskevolumet går ned. Dette fører til at lungevenetrykket og det hydrostatiske trykket i lungekapillærene reduseres (Wyller 2005).

*Glyserolnitrat* har egenskaper til å utvide lungevenene slik at det høye venetrykket normaliserer seg, og væskestrømmen gjennom kapillærveggen avtar. Pasienter som får slik behandling må overvåkes for blodtrykksfall, da dette er kjent bivirkning (Wyller, 2005).

*Digitalispreparater* påvirker strømmen av kalsiumioner gjennom cellemembranen i hjertemuskelcellene, noe som øker kontraktiliteten og forsinker passasjen av elektriske impulser gjennom AV- knuten. Denne virkningen digitalispreparater har på AV-knuten fører til redusert hjertekammerfrekvens. Dette fører igjen til bedre diastolisk fylling, større slagvolum og høyere koronargjennomblødning. Den økte kontraktiliteten vil også gi positiv effekt på slagvolumet (Wyller 2005).

*Angiotensine Converting Enzyme (ACE)*. ACE hemmere senker blodtrykket på to måter. Direkte og sterkt ved å utløse en muskelkontraksjon i karveggene. Indirekte ved å stimulere utskillelsen av aldosteron slik at nivået synker. Hjertet avlastes ved å redusere

motstanden i venetrykket og ved å reduseres blodvolumet. ACE-hemmere forsterker effekten av diuretika når pasienten tar de sammen (Wyller 2005).

*Betablokkere* har den egenskapen at de fører til lavere hjertefrekvensens og blodtrykk, slik at kravet på hjertemuskulaturen blir mindre. Betablokkere gjør at hjertet jobber mer effektivt. I tillegg øker lengden av diastolen, noe som har positiv effekt på både slagvolumet og koronargjennomblødningen (Wyller 2005).

#### **2.1.4 Sykepleie til pasienter med langtkommet hjertesvikt**

Hjertesvikt er en progredierende sykdom med mange alvorlige symptomer. For å gi god sykepleie til pasienter med hjertesvikt kreves det at sykepleieren har faglig kunnskap til å foreta gode klinisk observasjoner. En god dialog med pasienten er viktig slik at deres subjektive opplevelse blir tatt med i pleien. Sykepleieren må kunne prioritere akutte problemer, men samtidig er det viktig å huske at det er et unikt menneske bak alle symptomene.

Pasienter med langtkommet hjertesvikt har ofte ikke kapasitet til å utføre både daglig hygiene og sosial samvær. Sykepleieren må tilrettelegge og veilede pasienten i forhold til hvordan de skal bruke den energien de har. Pasienten trenger fysisk avlastning og andre tiltak for å redusere kravet til hjertet. Derfor har de behov for å prioritere sine krefter slik at de har også overskudd til annet enn praktiske gjøremål (Haugland, Hansen, Areklett, 2001). Det krever fin balansegang mellom aktivitet og hvile for pasient med hjertesvikt, da både for mye og for lite aktivitet kan forverre sykdomsutviklingen. For disse kan både fysisk og psykisk aktivitet fremme kroppslig velvære, minske tretthet og gir ny energi. Nedsatt minuttvolum og den medisinske behandlingen (betablokkere) og nedsatt kalsiumnivå i blodet kan forårsake tretthet (Jørgensen, 2001).

Ved akutt eller alvorlig hjertesvikt er pasienten truet av akutt respirasjonssvikt. Pasienten må i første omgang få behandling for å motvirke lungeødem. Sykepleieren må tilrettelegge for god ventilasjon ved å legge pasienten i thoraxleie og fjerne tettsittende klær. Adekvat pleie og medisinsk behandling er helt avgjørende for at pasienten skal oppleve symptomlindring. Pasienten har også behov for ekstra oksygentilførsel for å motvirke hypoksemi (Wyller, 2005).

Disse pasientene har behov for at sykepleieren tar seg tid til å lytte til deres tanker og hjelpe dem med å konkretisere sin angst og uro. Ved at pasienten får snakket om det som opptar han, kan sykepleieren tilrettelegge for god nattsøvn. Disse pasientene har ofte søvnproblemer pga. dyspné, hoste og angst (Jørgensen, 2001). Ikke kjemisk symptomlindring, som at pasienten opplever velvære og får opprettholde grunnleggende behov, er ofte en viktig oppgave til sykepleiere (Haugland, Hansen, Areklet, 2001).

## **2.2 Palliasjon**

### **2.2.1 Hva er palliasjon?**

Den norske foreningen for palliativ medisin har som mål at det skal drives palliativ behandling på alle nivåer og innen alle områder av helsevesenet der pasienter blir behandlet. Palliasjon er blitt et eget fagfelt innen helsevesenet, og er en metode man ønsker skal bli en naturlig del av alle kliniske spesialiteter (Engstrand et al. 2004). Kardiolog Torstein Hole sier at palliasjon ofte blir nevnt i forbindelse med døden, selv om palliasjon i seg selv ikke er synonymt med terminalpleie. Palliasjon blir ofte brukt som metode i forbindelse med mennesker som lider av en ikke kurabel sykdom og som har en forventet avgrenset levetid. Et annet ord for palliasjon kan da være lindrende behandling (Hole, 2004).

I European Association for Palliative Care's definisjon på palliasjon står det;  
*Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet* (Engstrand et al. 2004 s. 8, oversatt fra EAPC).

I følge denne definisjonen har palliasjon som mål å sørge for at pasienten er fri for smerter og andre plagsomme symptomer. Palliasjon legger vekt på at døden er en naturlig prosess og har ikke som mål å fremskynde eller utsette døden. I stedet gir man et tilbud om støtte og hjelp til pasienter som har en kort forventet levetid. Palliasjon inneholder ikke bare symptomlindring rundt de kroppslige symptomene, men også det å ta vare på pasientens

psykiske og åndelige behov. En legger vekt på en helhetlig pleie av pasienten, der pasienten selv kan være med på å bestemme hvordan han vil leve den siste tiden. Det er mulig å anvende palliasjon som metode tidlig i sykdomsforløpet, i forbindelse med livsforlengende behandlinger, og der man har behov for en bedre lindring enn det en vanlig avdeling kan tilby (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).

### **2.2.2 Palliasjon i Norge**

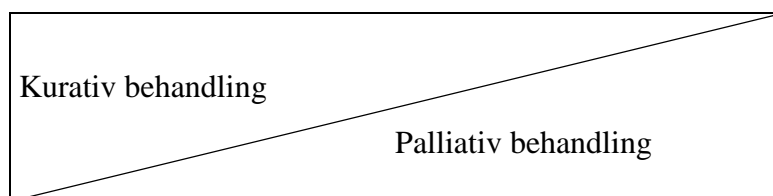
Det palliative tilbudet i Norge skal være et tverrfaglig samarbeid mellom sykehus, sykehjem, fastleger og tverrfaglige ambulerende palliative team som kan bistå med rådgiving og behandling i spesialist- og primærhelsetjenesten (Engstrand et al. 2004). For å kunne utøve god palliativ behandling til pasienter, krever det at helsepersonellet har kunnskap og kompetanse innen dette området. Denne kompetansen er det ikke alle innen helsevesenet som har, og det kan derfor oppstå missforståelser om hva palliasjon er. Det har derfor vært et stort behov for retningslinjer som kunne øke kunnskapen til helsepersonell, samt sikre et minstekrav til palliativ pleie. I 2004 kom den norske foreningen for palliativ medisin ut med dokumentet ”Standard for palliasjon”. Dette er definerte kvalitetskrav til alle virksomheter som skal utøve palliativ behandling i Norge. Dokumentet henviser til en generell pleie til alle som kan ha nytte av palliasjon. Den poengterer også at alle som har en ikke-kurabel sykdom har rett til å få denne pleien. I dokumentet er det også et eget kapittel om grunnleggende palliasjon, som skal beherskes og utføres innenfor alle medisinske fagområder i helsevesenet (Engstrand et al. 2004).

### **2.2.3 Palliasjon til pasienter med hjertesvikt**

Pasienter som har fått diagnosen hjertesvikt har en prognose som kan sammenlignes med pasienter som har fått kreft. Ikke bare er prognosen sammenlignbar, men det fysiske, psykiske og sosiale symptombildet kan også sammenlignes. Like fullt er fokuset på palliativ pleie til pasienter med hjertesvikt bare nevnt i en bisetning i de Europeiske retningslinjene for diagnostikk og behandling av kronisk hjertesvikt (Hole, 2004). På hvilket tidspunkt det palliative teamet skal bli en del av behandlingsteamet til pasienter med hjertesvikt, er det stor uenighet om. Spesielt da kardiologer og andre spesialister ikke har særlig fokus på palliasjon til pasienter med hjertesvikt (Hole, 2004). Hjertesvikt er en ikke kurabel sykdom, og som er vanskelig å diagnostisere når pasienten har nådd den terminale fasen. Disse pasientene dør ofte fort og uten forvarsel, noe som gjør det vanskelig for palliative team å bli en del av behandlingstilbudet (Hole, 2004).

Stein Kaasa ble Norges første professor i palliativ medisin. I figuren nedenfor kan man se hvordan han har skissert overgangen fra behandling til palliasjon hos pasienter med hjertesvikt. Det er en flytende overgang fra behandling til palliativ omsorg, der pasientene har tid til å tilpasse seg den nye hverdagen med sykdommen. Etter hvert som sykdommen utvikler seg går man mer over i en palliativ fase. Figuren viser at selv om det er størst fokus på medisinsk behandling den første tiden, bør palliasjon tidlig bli en del av behandlingen pasienten får. På den måten blir ikke pasienten overveldet, men er klar over den hjelp som finnes og kan få tilbudet når tilstanden tilsier at han kan ha nytte av palliasjon (Kaasa, 2007).

Figur 1.



(Figur hentet fra Kaasa, 2007 s. 40.)

Den palliative behandlingen til pasienter med hjertesvikt går ofte ut på symptomlindring og å gi pasienten den avslutningen på livet han selv ønsker. Hole har skrevet en review artikkel (Hole, 2004) der han viser til flere undersøkelser som er blitt utført hos pasienter med langtkommet hjertesvikt. I disse undersøkelsene kom det frem at mange pasienter har en betydelig redusert livskvalitet de siste 6 mnd. av livet, og at mange av pasientene dør med plagsomme og smertefulle symptomer som er dårlig kontrollerte. Pasientene var plaget med symptomer som; smerter og dyspnè, søvnløshet, angst, kvalme/brekninger, obstipasjon og anoreksi i tide før og under den terminale fasen. Det viste seg også at sykehusinnleggelses var til liten, eller ingen hjelp hos 60-75 % av pasientene. Dette relatert til dårlig kunnskap i forhold til palliasjon til pasienter med hjertesvikt hos helsepersonell. I ca 1/3 av alle tilfellene ble behandlingsplanen til pasientene ignorert (Hole, 2004).

Å bevare pasientens autonomi er et viktig mål innen palliasjonen. Et samarbeid med pasienten om god smertekontroll og en mer effektiv symptombehandling er derfor noe som palliativt team kan bidra med til disse pasientene. Palliativt team har den kunnskapen og erfaringen som kan være nødvendig for å kunne gi pasientene palliativ pleie av høy

kvalitet. Det palliative teamet har også gode kunnskaper om kommunikasjon til pasienter med en ikke kurabel sykdom. Palliativt team vil fokusere på at pasienten skal få sine ønsker ved livets slutt oppfylt så langt som råd, og de kan hjelpe pasienten med å ta opp åndelige spørsmål (Hole, 2004).

Sykepleie til pasienter i den siste fasen ved hjertesvikt kan være vanskelig, da dagsformen kan variere veldig. Det er derfor viktig at en har gode fagkunnskaper og opplæring i å gi palliativ pleie, og at en forstår behovet for palliativ pleie til andre grupper enn bare kreftpasienter. Med gode kunnskaper vil flere pasienter med hjertesvikt ha nytte av palliasjon som en metode for å få en god slutt på livet (Hole, 2004).

### ***2.3 Palliativ filosofi i forhold til Joyce Travelbees sykepleieteorier***

Den palliative filosofien legger vekt på helhetlig pleie der man har fokusert på hele mennesket og kan derfor sammenlignes med Joyce Travelbees teorier om grunnleggende sykepleie. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees (1926-1973) teorier omhandler sykepleiens mellommenneskelige aspekter (Kirkevold, 1992). Travelbee mener at det enkelte mennesket er uerstattelig, enestående og totalt forskjellig fra alle andre mennesker som har levd og vil leve i fremtiden. Ethvert menneske er unikt på sin måte. Lidelse er en individuell opplevelse, og krever individuell pleie. Grunnlaget til Travelbee og palliativ filosofi er at et hvert menneske er unikt individ og må behandles deretter (Kaasa, 2007 og Travelbee, 1971). I Travelbees definisjon på sykepleie gjenspeiles hennes syn på sykepleie og hva hun mente burde være fokus i sykepleiesammenheng (Travelbee, 1971). Hun formulerte det slik:

*Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assist an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences (Travelbee, 1971 s. 7).*

I følge Travelbees definisjon på sykepleie består sykepleien i å hjelpe den syke, og lindre den situasjonen han er i. For at sykepleieren skal kunne hjelpe den syke, må det etableres et menneske-til-menneske forhold. Det skjer gjennom en mellommenneskelig prosess, når sykepleieren hjelper den syke i den situasjonene han gjennomlever. Videre understreker Travelbee at tilstander med alvorlig lidelse ikke nødvendigvis kommer fra en alvorlig medisinsk diagnose. Siden lidelse er en subjektiv følelse som oppstår når noe vi verdsetter



er truet, kan lidelse utvikles uavhengig av en medisinsk diagnose. Jo større trusselen mot det vi verdsetter er, jo større vil lidelsen være. I følge Travelbees sykepleie definisjon er det sykepleierens ansvar å hjelpe den syke til å finne mening og å mestre sin sykdom og lidelse (Kristoffersen, 2006). Ett av hovedfokusene i den palliative omsorgen er å hjelpe pasienten til å sette ord på tanker og følelser, dette kan lindre den eksistensielle smerten pasienten opplever (Hole, 2004). I Travelbees sykepleietenkning er opplevelsen av lidelse og tap som er sentral. Hun peker på at det er en unngåelig del av livet. Det gjør det til en fellesmenneskelig erfaring, men det er også høyst personlig og subjektiv da det kun er det enkelte menneske som kan føle sin egen lidelse (Kristoffersen, 2006).

Travelbee mener også at det er en del av sykepleiens oppgave å opprettholde håpet til den syke. Sykepleieren kan hjelpe et menneske som lider til å mestre lidelsen og følelsen av sykdom og tap på en bedre måte ved å understøtte håpet hos den syke (Kristoffersen, 2006). Hun skriver:

*It is the task of the professional nurse practitioner to assist the ill person to maintain hope and avoid hopelessness. Conversely, it is also the professional nurse`s task to assist the individual experiencing hopelessness to regain hope (Travelbee, 1971 s. 82).*

Om et menneske mister håpet, ser det ikke lenger muligheter til å forandre og forberede sin livssituasjon. Et av grunnlagene for å utvikle og bevare håp, er at den syke er trygg på at han vil motta hjelp fra andre mennesker når han har behov for det. Det er her sykepleieren kommer inn i følge Travelbee. Hun tar sterk avstand fra generalisering av pasienter ved bruk av pasientbegrepet, da hun mener at ethvert menneske er et unikt individ. Hun mener at ved å bruke et begrep som ”pasient”, blir personens spesielle trekk slettet og bare fellestrekkene blir fremhevet. Noe som fører til at pasientene får ”merkelapper” ut i fra sykdom og lidelse, og ikke som et enkelt individ. Det er viktigere for sykepleieren å kjenne til hvordan pasienten opplever sin situasjon, enn å forholde seg kun til den medisinske diagnosen (Kristoffersen, 2006).

Travelbee mener videre at kommunikasjon er sykepleierens viktigste redskap i utviklingen av et forhold til pasienten. Dette gjøres via etablering av et menneske-til-menneske forhold. Via dette forholdet deler mennesker sine tanker og følelser med hverandre (Kristoffersen 2006). I følge den palliative filosofien er kommunikasjon en måte å lindre lidelse, psykisk og fysisk hos pasienten (Kaasa, 2007). Sykepleieren blir kjent med

pasienten gjennom kommunikasjon, og pasienten lærer å mestre lidelsen sin gjennom kommunikasjonen med sykepleieren. Når sykepleieren blir kjent med pasienten på et mer personlig plan, kan hun bedre hjelpe pasienten med hans individuelle behov. Noe som også er viktig for å planlegge å utføre sykepleie til pasienten (Kristoffersen, 2006).

## 3.0 Metode

Med dette litteraturstudiet ønsker vi å få en oversikt over aktuell litteratur som er skrevet om palliasjon til pasienter med langtkommet hjertesvikt. En forutsetning for litteraturstudiet er at det finnes litteratur om det emne en ønsker å fordype seg i. For å gjennomgå litteraturen på en grundig og systematisk måte, har vi blitt inspirert av Goodmans sju ulike steg. Goodmans syv ulike steg er en metode for systematisk å finne og undersøke vitenskapelig litteratur, spesielt innen helse- og sykepleie området (Wilmann et al. 2006). I den nevnte metoden er det ikke lagt inn rom for etiske overveielser i forhold til forskningen som er gjort i artiklene. Vi har derfor har vi valgt å ta det med som et eget punkt i metodekapittelet.

### 3.1 Steg 1- Spesifisere et forskningsproblem

Problemstillingen vår er: ” *Hva kan palliativ sykepleie bidra spesielt med i forhold til pasienter med langtkommet hjertesvikt?* ”

Problemstillingen har resultert i følgende forskningsspørsmål:

- *Kan kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell virke inn på pasientens sykdomsforståelse og evne til å mestre sin sykdom?*
- *Hvilke symptomer er pasienter med langtkommet hjertesvikt plaget av?*
- *Når bør palliativ team kontaktes når det gjelder pasienter med hjertesvikt?*

Temaet er relevant for sykepleiere, da vi har fått inntrykk av at sykepleieres kunnskap om palliasjon til pasienter med hjertesvikt er mangelfull. Det er også relevant fordi palliasjon ofte knyttes til pasienter med kreftlidelser og ikke andre pasientgrupper med inkurable diagnoser. Hovedmålet med artikkelsøket er å finne artikler som omhandler palliasjon som metode, spesielt rettet mot pasienter med langtkommet hjertesvikt.

### 3.2 Steg 2 – Spesifisere inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteraturstudiet

Utgangspunktet vårt var søkeordene, ”palliasjon” og ”langtkommet hjertesvikt” i problemstillingen vår. Vi søkte etter vitenskapelige artikler som omhandler palliasjon til

pasienter med langtkommet hjertesvikt, og ønsket å få frem både pasient- og sykepleie perspektivet i forhold til tema.

Inkluderingskriterier for artiklene var at de skulle være av høy vitenskapelig kvalitet (grad 1-2), og omhandle palliasjon og langtkommet hjertesvikt. Pasientene i undersøkelsene som artiklene bygger på, må være diagnostisert etter NYHA klassifikasjonssystemet med hjertesvikt av grad 3-4, og de må ha hjertesvikt som hoveddiagnose. Deltakeren i undersøkelsene kan være av begge kjønn. Vi vil inkludere medisinske artikler som omhandler den medikamentelle behandlingen av hjertesvikt, da denne behandlingen blir ansett som en viktig del av den lindrende pleien sykepleieren gir. Artiklene skal være skrevet på engelsk eller nordiske språk og de skal ikke være eldre enn fem år.

Følgende artikler vil bli ekskludert; artikler som ikke er overførbare til norske forhold og som omhandler pasienter med hjertesvikt grad 1-2. Artiklene som er av lav vitenskapelig kvalitet (grad 3) i henhold til Willman et al (2006) kvalitetsgradering for vitenskapelige artikler blir ekskludert. Pasienter med tilleggssykdommer som har resultert i hjertesvikt, samt artikler som omhandler palliasjon til pasienter med kreft vil bli ekskludert fra denne studien.

### ***3.3 Steg 3 – Formulere en plan for litteratursøkningen***

I følge Goodman skal planen for litteratur søket lages ut i fra problemstillingen og dens begrensninger. Planen skal være formulert på en slik måte, at så mye som mulig av den relevante litteraturen kan identifiseres innen oppgavens rammer. Goodman redegjør for følgende fire trinn for å kunne formulere en plan for litteratursøkingen (Willman et al. 2006).

#### **3.3.1 Identifisere hvilke ressurser som er tilgjengelige**

Vi hadde mulighet til å disponere en bibliotekar for å hjelpe oss med å komme i gang med litteratursøket, og deretter var det satt av 2 uker til litteratursøk. De databasene vi brukte var tilgjengelig gjennom biblioteket på høyskolen i Molde. Som et hjelperedskap brukte vi PICO skjema (Nortvedt et al. 2007), og deretter foretok vi et kombinasjonssøk for å finne relevante artikler.

### **3.3.2 Identifisere hvilke databaser som er relevante for litteraturstudiet**

De databaser som ble ansett som relevante for å finne vitenskapelige artikler i forhold til denne litteraturstudien var; Ovid, NorArt og Swemed. Noen av disse databasene var rettet mot helsepersonell, mens andre var mer generelle på innholdet.

### **3.3.3 Hovedtrekk avgjøres og forskningsproblemet avgrenses**

Målet med litteratursøket var ved hjelp av de rette søkeordene å finne relevante artikler i forhold til litteraturstudiens hensikt. I hovedsøkene brukte vi termene /heart failure//palliation//nursing/ og /quality of life/, for å se om det finnes vitenskapelig litteratur innen området. For å begrense søket og få mest mulig relevant sammensetning, kombinerte vi søkeordene med termen ”AND”. For å begrense søket og få den nyeste forskningen som finnes om temaet foretrakk vi gjøre et advanced søk der artiklene ikke var eldre enn fem år, og kun inneholdt skandinaviske og engelskspråklige artikler.

### **3.3.4 Utvikle en søkestrategi for hvert søkesystem**

Vi foretok et systematisk litteratursøk ved å benytte samme rekkefølgen på søkeordene i alle databasene. De artiklene som ikke lot seg skaffe i full tekst gjennom databasene, bestilte vi gjennom biblioteket på høgskolen. Etter at hovedsøket var utført foretok vi et manuelt søk via litteraturlistene til artiklene som er av interesse.

## ***3.4 Steg 4 – Litteratursøkningen og valgte artikler gjennomgås***

All litteratursøkningen ble gjort i fellesskap. Samme søkeord og rekkefølge ble brukt i alle databasene. Ut i fra de resultatene gikk forfatterne først igjennom overskrifter, deretter leste vi abstract i forhold til de overskriftene vi anså som relevante. Der innholdet i abstractet kunne være relevant for studiens hensikt, gikk vi videre for å lese hele artikkelen. De artiklene som i fellesskap ble ansett som relevante, ble deretter hentet ut for videre undersøkelse. Forfatterene leste og kvalitetssikret artiklene hver for seg, og deretter i fellesskap. Hovedsøket ble i OVID (tabell 1). Forfatterne brukte MeSH termer, /heart failure//nursing//palliation/ og /quality of life/. Da disse treffene ble for omfattende, valgte vi å bruke PICO skjema for å dele opp problemstillingen slik at vi kunne strukturere søket på en mer hensiktsmessig måte (Vedlegg 1). Hver bokstav i PICO skjemaet representerer et bestemt moment som bør være med i kliniske spørsmål (Nortvedt et al. 2007). Vi kombinerte MeSH termene, samtidig som vi avgrenset søket til de seneste fem årene begrenset til nordiske og engelske språk. Det siste søkeordet, /quality of life/, viste seg å

være et veldig omfattende tema i forhold til problemstillingen vår. Derfor valgte vi å ekskludere dette fra litteraturstudiet, men det er ikke fjernet fra søkehistorien da vi fant noen av artiklene ved hjelp av dette søkeordet. Kombinasjonssøkene i Ovid resulterte i fem artikler som ble valgt ut for nærmere granskning.

Tabell to viser søket vi foretok i NorArt, der brukte vi de samme søkeordene som i Ovid. For å systematisere søkene våre brukte vi også samme rekkefølgen på søkeordene. Vi gjorde kombinasjons søk med termen ”AND”, samt de samme begrensningene som i hovedsøket. Det resulterte i tre artikler, som ble valgt ut for nærmere undersøkning. Det viste seg i midlertid at disse artiklene var av lav vitenskapelig kvalitet i forhold til vurderingskriteriene, og derfor måtte de ekskluderes.

Det siste søket ble gjort i Swemed (tabell 3). Forfatterne brukte også her de samme søkeordene, rekkefølge og begrensningene som i tidligere søk. Søket i Swemed resulterte i seks artikler som ble nærmere gransket. Av disse seks artiklene var det tre som innfridde kravene og ble inkludert i oppgaven.

*Tabell 1* Søkehistorie – OVID

| Søkedato:  | Søk nr: | Søkeord:                            | Emneord: MeSH | Limits:   | Antall treff: | Leste abstract | Kvalitet bestemte artikler: | Valgte artikler: |
|------------|---------|-------------------------------------|---------------|---|---------------|----------------|-----------------------------|------------------|
| 03.02.2009 | 1       | heart failure.mp. or Heart Failure/ | Heart failure | Abstract, English or Scandinavian, added to OVID in the last five years | 93174         | 0              | 0                           | 0                |
| 03.02.2009 | 2       | limit 1 to yr="2003 -               |               |   | 31232         | 0              | 0                           | 0                |

|            |   |   |                    |  |        |   |   |   |
|------------|---|---|--------------------|--|--------|---|---|---|
|            |   | 2009"   |                    |  |        |   |   |   |
| 03.02.2009 | 3 | Nursing/<br>or<br>nursing.m<br>p.   | Nursing            |  | 378657 | 0 | 0 | 0 |
| 03.02.2009 | 4 | (palliation<br>or<br>palliative).<br>mp.<br>[mp=title,<br>original<br>title,<br>abstract,<br>name of<br>substance<br>word,<br>subject<br>heading<br>word] | Palliation         |  | 45264  | 0 | 0 | 0 |
| 03.02.2009 | 5 | 3 and 2   | "AND"              |  | 502    | 0 | 0 | 0 |
| 03.02.2009 | 6 | 4 and 2   | "AND"              |  | 251    | 0 | 0 | 0 |
| 03.02.2009 | 7 | 4 and 3<br>and 2  | "AND"              |  | 24     | 3 | 3 | 3 |
| 03.02.2009 | 8 | limit 7 to<br>(danish or<br>english or<br>norwegian<br>or<br>swedish)   |                    |  | 21     | 0 | 0 | 0 |
| 03.02.2009 | 9 | quality of<br>life.mp. or<br>"Quality<br>of Life"/  | Quality of<br>life |  | 104976 | 0 | 0 | 0 |

|            |    |   |                            |  |      |   |   |   |
|------------|----|---|----------------------------|--|------|---|---|---|
| 03.02.2009 | 10 | 1 and 9   | “AND”                      |  | 2901 | 0 | 0 | 0 |
| 03.02.2009 | 11 | 4 and 1<br>and 9  | “AND”                      |  | 83   | 0 | 0 |   |
| 03.02.2009 | 12 | 4 and 3<br>and 9 and<br>2   | “AND”                      |  | 3    | 2 | 1 | 1 |
| 04.03.2009 | 13 | Heart<br>Failure/<br>and Aged/<br>and severe<br>heart<br>failure.mp.                                | Severe<br>heart<br>failure |  | 552  | 0 | 0 | 0 |
| 04.03.2009 | 14 | limit 13 to<br>(abstracts<br>and<br>english<br>language<br>and full<br>text and<br>yr="2004 -<br>09 |                            |  | 39   | 0 | 0 | 0 |
| 04.03.2009 | 15 | 4 and 1<br>and 3 and<br>13 and 14   | “AND”                      |  | 0    | 0 | 0 | 0 |
| 04.03.2009 | 16 | 4 and 13<br>and 14  | “AND”                      |  | 0    | 0 | 0 | 0 |
| 04.03.2009 | 17 | 1 and 3<br>and 13   | “AND”                      |  | 4    | 4 | 0 | 0 |
| 04.03.2009 | 18 | 4 and 13<br>and 14  | “AND”                      |  | 0    | 0 | 0 | 0 |
| 04.03.2009 | 19 | 4 and 13  | “AND”                      |  | 4    | 4 | 1 | 1 |



Tabell 2 Søkeshistorie – NorArt

| Søkedato:  | Søk nummer: | Søkeord:                                       | Emneord:    | Limits: | Antall treff: | Leste abstract: | Kvalitet bestemte artikler: | Valgte artikler: |
|------------|-------------|--|-------------|---------|---------------|-----------------|-----------------------------|------------------|
| 04.03.2009 | 1           | Hjertesvikt                                    | Hjertesvikt |         | 184           | 0               | 0                           | 0                |
| 04.03.2009 | 2           | Sykepleie                                      | Sykepleie   |         | 656           | 0               | 0                           | 0                |
| 04.03.2009 | 3           | Palliasjon                                     | Palliasjon  |         | 9             | 2               | 2                           | 0                |
| 04.03.2009 | 4           | Hjertesvik?<br>and<br>sykeple?                 |             |         | 1             | 0               | 0                           | 0                |
| 04.03.2009 | 5           | Hjertesvik?<br>and pallia?                     |             |         | 1             | 1               | 1                           | 0                |
| 04.03.2009 | 6           | Hjertesvik?<br>and<br>sykeplei?<br>and pallia? |             |         | 0             | 0               | 0                           | 0                |

Tabell 3 Søkeshistorie – SweMed+

| Søkedato:  | Søk nummer: | Søkeord:                       | Emneord:      | Limits: | Antall treff: | Leste abstract: | Kvalitet bestemte artikler: | Valgte artikler: |
|------------|-------------|--------------------------------|---------------|---------|---------------|-----------------|-----------------------------|------------------|
| 04.03.2009 | 1           | Heart failure                  | Heart failure |         | 587           | 0               | 0                           | 0                |
| 04.03.2009 | 2           | Nursing                        | Nursing       |         | 5453          | 0               | 0                           | 0                |
| 04.03.2009 | 3           | Palliation<br>or<br>palliative | Palliation    |         | 612           | 0               | 0                           | 0                |
| 04.03.2009 | 4           | 1 and 2                        |               |         | 10            | 0               | 0                           | 0                |
| 04.03.2009 | 5           | 1 and 3                        |               |         | 3             | 3               | 3                           | 2                |
| 04.03.2009 | 6           | 2 and 3                        |               |         | 86            | 20              | 3                           | 1                |
| 04.03.2009 | 7           | 4 and 3                        |               |         | 0             | 0               | 0                           | 0                |

Da vi endte opp med for få vitenskapelige artikler av høy kvalitet etter hovedsøket, utførte vi et manuelt søk i ProQuest via referanselistene til de artiklene vi hadde funnet i hovedsøket. Det manuelle søket resulterte i ni artikler, hvorav fire ble tatt med i oppgaven. Det manuelle søket ble utført ½ år etter hovedsøket.

### ***3.5 Steg 5 – Kvalitetssikring av valgte artikler***

De artiklene som inngår i denne litteraturstudien ble vurdert etter Willmans (2006)kriterier for kvalitative og kvantitative artikler (vedlegg 2 og 3). Vi valgte å bruke både kvalitative og kvantitative artikler, da vi anser det som en styrke for litteraturstudiet da teamet blir belyst både på en objektiv og subjektiv måte. For å vurdere den vitenskapelige kvaliteten på artiklene, brukte vi Willmans (2006) kvalitetsgradering for vitenskapelige artikler (vedlegg 4). Kvalitetsgraden bestemmes ut i fra et poengsystem som inneholder forskjellige spørsmål. Positive svar fikk ett poeng, de spørsmålene som fikk svaret nei eller vet ikke, fikk null poeng. Summen av poengene regnes om til prosent, som avgjør kvaliteten på artiklene. De artiklene som oppnådde 80-100 prosent tilsvarer høg vitenskapelig kvalitet, og ble vurdert til grad 1. Grad 2 er artikler av middels kvalitet med 70-79 prosent, og grad 3 tilsvarer de artiklene som oppnådde mindre enn 69 prosent og de var av lav vitenskapelig kvalitet (Willman et al. 2006).

Forfatterne har lest og kvalitetssikret artiklene hver for seg, deretter gjennomgått artiklene og kvalitetssikringen sammen. Dette gjorde vi for å ha et felles grunnlag for videre arbeid med litteraturstudiet, samtidig som det å ha to uavhengige vurderinger av artiklenes kvalitet blir ansett som å styrke kvalitetssikringen av artiklene (Willman et al. 2006). Noe som også vil styrke kvaliteten i dette litteraturstudiet. Av i alt 14 artikler som ble vurdert, var det åtte artikler som ble tatt med i studien. Av disse ble seks artikler vurdert til grad 1, og 2 artikler til grad 2. Seks artikler ble ekskludert da fire artikler var fagartikler og to var oversiktsartikler, og dermed ikke kunne benyttes i resultatet. Forfatterne var samstemte om kvalitetsgraden på artiklene.

I forhold til litteraturstudiets krav, satt vi igjen med for få artikler, dermed gjorde vi et manuelt søk ut i fra referanselistene til tidligere gransket artikler. I det manuelle søket oppdaget vi flere artikler av nyere dato, disse ble inkludert i litteraturstudien da vi ønsket den nyeste forskingen innen temaet vårt. I følge eksklusjonskriteriene skulle ikke artiklene være eldre enn fem år. Men under det manuelle søket fant vi artikler som vi mener er

spesielt rettet mot litteraturstudiets tema, som var eldre enn fem år. Vi valgte likevel å inkludere disse artiklene da vi mener at de belyser temaet vårt godt. Det manuelle søket resulterte i fire artikler.

### **3.6 Steg 6 – Artiklene analyseres**

Gjennom en analyse av artiklene som ble foretatt både av den enkelte og i fellesskap, fant vi ulike temaer som utpekte seg. Disse ble grunnlaget for videre arbeid med litteraturstudiet. Artiklene som var gradert til grad 1-2 ble tatt med i litteraturstudiet i henhold til inkluderingskriteriene. Oversikt over de inkluderte artiklene legges ved for gi en bedre oversikt over materialet (vedlegg 5).

### **3.7 Steg 7 – Gradering av kvalitetsstyrke for å kunne dra konklusjoner**

Det siste steget er å formulere en konklusjon. Alle inkluderte artikler må være kritisk vurdert, innholdet må være kvalitetssikret og fakta tatt frem. Disse kriteriene må være oppfylt for å kunne garantere kvaliteten på litteraturstudien, samt for å kunne dra konklusjoner. Tabell 4 viser en modell som kan benyttes ved kvalitetssikring når konklusjoner skal trekkes frem. (Willman et al. 2006).

*Tabell 4* Gradering av kvalitetsstyrke for å dra konklusjoner.

| Kvalitetsgrad 1.  | Kvalitetsgrad 2.  | Kvalitetsgrad 3.                                     | Kvalitetsgrad 4.                       |
|---|---|--|--|
| Sterkt vitenskapelig grunnlag   | Middels sterkt vitenskapelig grunnlag   | Begrenset vitenskapelig grunnlag.                    | Utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag. |
| Minst to artikler med høgt kvalitetsinnhold eller god systematisk oversikt. | En artikkel med høgt kvalitetsinnhold samt to med middels høg kvalitetsinnhold. | Minst to artikler med middels høgt kvalitetsinnhold. | Annet grunnlag: Hva?                   |

(Willman et al. 2006 s. 99)

På grunn av antall artikler som er kvalitetssikret til grad 1, anser forfatterne at det er høy vitenskapelig grunnlag for å kunne formulere en konklusjon.

### **3.8 Etikk**

Vi har vurdert hvilke artikler som redegjør for etiske overveielser i forbindelse med sin sykepleieforskning. Helsinkideklarasjonen omhandler etiske prinsipper for forskning som omfatter mennesker. Den enkelte forsker har et personlig ansvar for å sikre informert og frivillig samtykke og sørge for at pasientens autonomi og integritet blir overholdt (Malterud, 2003). Denne litteraturstudien baserer seg på 12 forskningsartikler, hvorav ni av dem redegjør tydelig for etiske overveielser.

## 4.0 Resultat

I følge EACPs definisjon på palliasjon omfatter palliasjon psykiske, sosiale og åndelige/ekstensielle behov, og ikke bare de fysiske plagene. Hjertesvikt er noe som rammer hele eksistensen, og ut i fra forfatterens forståelse av palliasjon omfatter palliasjon mer enn bare lindring av fysiske plager. Forfatterene mener at det også omfatter lindring av eksistensielle smerter via mellommenneskelige relasjoner, der kommunikasjon er et viktig redskap.

### 4.1 Kommunikasjon til pasienter med hjertesvikt

Dårlig kommunikasjon er et tema som var gjennomgående for alle de artiklene som ble valgt for denne litteraturstudie. Pasientene mente at de ikke fikk god nok informasjon. De mente også at helsepersonell ikke forklarte hva alvorlig hjertesvikt er og hva det innebærer for pasienten. I samtale med pasientene var legene mer opptatt av å holde pasienten stabil i den fasen de var i akkurat da, enn å informere om hvordan sykdommen utviklet seg. Det kommer frem at det var veldig viktig for pasientene at de fikk informasjon om hvordan sykdommen kunne/ville utvikle seg (Wotton, Borbasi, Redden, 2005).

Pasientene uttrykte et behov for bedre kommunikasjon fra legene i form av forklaring, undervisning og informasjon. Den vanligste kommentaren fra deltakerene i Horne og Paynes (2004) undersøkelse var, *ingen har fortalt det til meg, legen har ikke forklart hvor alvorlig diagnosen min er* (Horne og Payne 2004 s. 239).

Sykepleierne fortalte at pasientene opplevde at de ikke fikk mulighet til forberede seg til den siste tiden de hadde igjen pga. at legene ikke ga god nok informasjon (Brännström et al. 2005). Videre kom det frem at mangel på informasjon og kunnskap førte til usikkerhet og frustrasjon hos pasienten. Få pasienter var klar over overgangen fra hjertesvikt til alvorlig hjertesvikt, noe som gjorde sykepleierens kommunikasjon med pasienter vanskelig (Wotton, Borbasi, Redden, 2005). For pasienten var det også veldig viktig at noen hører på deres livshistorie, samt at de ble møtt på deres spirituelle og essensielle behov (Horne, Payne, 2004).

I undersøkelsen til Wotton et al. (2005), kommer det frem at de fleste sykepleierne i undersøkelsen mente at pasienter med alvorlig hjertesvikt enten ikke vil innse sykdommen eller manglet kunnskap om alvorlig hjertesvikt. Det virket ikke som om at pasientene var

klar over at de hadde kronisk progredierende sykdom. Sykepleierne på sin side var motvillig til å forklare progresjonen av hjertesvikt.

Åpen kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell om den siste fasen av hjertesvikt var sjeldent. Dårlig kommunikasjon og utydelighet om hvem som har hovedansvaret for pasienten, kardiologene eller det palliativ teamet, bidrar til at pasientene ikke får god nok palliasjon. En velinformert pasient har det bedre og er mindre bekymret, fordi han har kunnskap og et klart bilde av situasjonen sin. Sykepleieren kan da bygge håp på et riktig grunnlag, skriver Brännström (2006) i sin artikkel, og en av sykepleierene som ble intervjuet sier: *If you haven't got a clear picture, that causes anxiety and worry, you can't feel at ease* (Brännström et al 2005 s. 319).

#### **4.2 Symptomer ved langtkommet hjertesvikt**

I flere av artiklene kommer det frem at symptomene til en pasient som har langtkommet hjertesvikt, grad 3-4, kan sammenlignes med symptomene til en pasient med kreft i samme fase av sykdommen. *Patients with severe heart failure are dying with significant symptom burden that is similar, or in some instances greater than, patients dying from cancer* (Gillian, Payne 2004, s 291). Pasienter med hjertesvikt lever daglig med en konstant viten om at hjertet deres ikke fungerer optimalt. De kan kjenne at deres hjerte svikter og blir dårligere (Brännström m.fl. 2006). For pasientene var dette en stor belastning, både fysisk og psykisk.

I Nordgren og Sörensens (2003) artikkel kom det frem at hver pasient hadde i gjennomsnitt 6-7 plagsomme symptomer som var mulig å lindre. Symptomene ble ofte behandlet rutinemessig og ikke individuelt, noe som førte til at årsaken til symptomene aldri ble skikkelig avklart (Nordgren, Sörensen 2003). Når pasientene med hjertesvikt går inn i de to siste fasene av sykdommen, er det 50 % sjanse for at de dør innen en seks måneders periode. I løpet av de seks månedene ble sykdommen mer fremtreende, og enkelte symptomer kom hyppigere og ble mer plagsomme (Levenson m.fl. 2000). Siden den terminale fase til disse pasientene er kort og vanskelig, kan det være en av grunnene til at den palliative delen av pleie og behandling burde være prioritert fremfor den kurable delen (Nordgren, Sörensen 2003).

#### 4.2.1 Smerte ved langtkommet hjertesvikt

Pasientene var mye plaget med smerter i forbindelse med sin lidelse. Mange pasienter var også plaget med uforklarlige smerter som kunne dukke opp forskjellige plasser i kroppen, for eksempel i en arm eller en fot. Denne smerten var veldig varierende og slitsom for pasientene, da de ikke hadde noen forklaring på hvorfor den dukket opp (Brännström et al. 2006). I artikkelen "*When all else has failed*" var det sykepleiernes synspunkt som blir tatt frem. Sykepleierne som ble intervjuet i denne undersøkelsen påpekte at den smerten pasientene opplevde i fase 3-4 av hjertesvikten, ville være mulig å lindre. Men selv om det var mulig, ble det på grunn av uerfarne leger og sykepleiere sjeldent gjort på en tilfredsstillende måte (Wotton, Borbasi, Redden 2005). En av sykepleierne som ble intervjuet uttalte: *I still don't think that we use morphine infusions enough for patients with ESHF. We are pretty quick to use it with patients with cancer pains or someone in end-stage HIV* (Wotton, Borbasi, Redden 2005, s. 22)

En av grunnene til dette var at leger og sykepleiere manglet kunnskap om bruk av opioider til pasienter med hjertesvikt. Bak dette lå også frykten for at pasienten skulle dø av en overdose, da terskelen for total smertelindring og bevisstløshet er veldig lav hos disse pasientene. Dette var også årsaken til at man vegret seg (Wotton, Borbasi, Redden 2005). En sykepleier fortalte: *You don't give somebody something unless you know they have said to you, "I want to be pain free..."* (Wotton, Borbasi, Redden 2005, 22).

#### 4.2.2 Dyspnè

Dyspnè var i følge Nordgren og Sörensens (2003) den viktigste årsaken til ikke planlagte innleggelses for pasienter med hjertesvikt. Videre har dyspnè innvirkning på søvnen da dyspnèen blir verre når pasienten ligger vertikalt i senga. *Well, you see, it often I've had to sit. I can't lie down so I have to get up and go over and sit in the armchair. Of course it is troublesome and I don't get any good sleep either* (Brännström et al. 2006 s 298). Dette var svært frustrerende for pasienter som bodde hjemme alene, og dyspnè var hovedårsaken til at de ringte etter lege eller ambulanse. Det å ikke få puste skikkelig førte til mye angst hos pasientene, noe som igjen fører til smerte og frustrasjon, samt forverring av dyspnèen.

Leger og sykepleiere syntes og at dyspnè var et vanskelig problem å lindre hos pasientene. Dette problemet førte til stor usikkerhet blant pleiepersonalet (Wotton, Borbasi, Redden 2004). *If their main symptom is shortness of breath, that is tricky. Physicians don't know*

*how to deal with it properly, nurses don't know how to deal with it properly, and it is not properly acknowledged (Wotton, Borbasi, Redden 2004, s. 22)*

### **4.3 Kardiologiske sykepleiere versus Palliative sykepleiere**

For mange sykepleiere var palliasjon sett på som en positiv metode å lindre symptomer på innenfor sykepleiefaget. De hadde høye ambisjoner om å gi god palliativ pleie til terminale pasienter. Målet var å få pasientene til å føle seg vel og få en god avslutning på livet (Wallerstedt, Andershed 2007).

Noe som kunne påvirke sykepleiernes holdninger til hva palliasjon, var hva slags videreutdanning sykepleierne hadde. Hvor rutinerte kardiologene og sykepleierne var, viste seg å kunne påvirke det palliative tilbudet pasientene med hjertesvikt fikk. Hadde avdelingen gode rutiner på kontroll og diagnostisering via NHYA skalaen, fikk pasientene et bedre individuell medisinsk behandling av sin hjertesvikt (Wotton, Borbasi, Redden 2005). Sykepleiere med videreutdanning innen kardiologi var mest opptatt av å kurere sykdommen, disse sykepleierne mente bestemt at det var kardioteamet som burde ha primæransvaret for pasienten, inkludert de pasientene som hadde behov for palliativ pleie, da med spesielt fokus på ”kurativ” medisinerer. Miljøet på en avdeling kunne også være med på å påvirke tilbudet om palliativ pleie. På en kardiologiskavdeling var fokuset kurativ behandling, mens for eksempel en avdeling for pasienter med kreft hadde fokus på kurativ behandling i samhandling med palliativ behandling (Wotton, Borbasi, Redden 2005).

Sykepleiere som har tatt videreutdanning i palliativ pleie var mest opptatt av lindring av symptomer når sykdommen ikke lenger var kurabel. En annen faktor som spilte inn var mangel på kunnskap om palliasjon og generelt om diagnosen hjertesvikt hos sykepleierne (Wotton, Borbasi, Redden, 2004). Sykepleiere med palliativ videreutdanning fokuserte på psykisk og emosjonell velvære hos pasientene, samt smerte lindring fremfor ”kurativ” medisinerer. Disse sykepleierne fokuserte også mer på pasienten og familiens ønsker i løpet av den siste tiden (Wotton, Borbasi, Redden 2005). Det var også et klart skille på kunnskapen hos sykepleierne. Som nevnt tidligere var det mange sykepleiere som vegret seg for å gi pasienter opioider som en del av den terminale pleie da dette kunne føre til at pasienten døde (Wotton, Borbasi, Redden 2004). Det er dokumentert at sykepleiere og



leger trenger bedre grunnkunnskaper i forhold til grunnleggende palliasjon til pasienter med hjertesvikt grad 3-4, samt bedre kunnskap om symptomkontroll hos disse pasientene (Nordgren, Sörensen 2003).

En annen ting som kan påvirker pleien var at hjertesvikt grad 3-4 kan være en vanskelig diagnose å stille, da pasientens sykdomssituasjon kan variere mye den siste tiden (Wotton, Borbasi, Redden 2004). Undersøkelser viser at det var et stort behov for bedre samarbeid mellom de kardiologiske- og palliative teamene, og ved et godt samarbeid mellom disse teamene ville man kunne oppnå en god palliativ situasjon for pasientene (Norgren, Sörensen 2003).

#### **4.4 Palliasjon**

Hensikten med palliasjon er klinisk å kontrollere komplekse symptomer og tilby psykososial støtte til pasienter. Og oppnå best mulig død. Pasientene bør få tilbud om palliasjon fra diagnosen er stilt til dagen døden inntreffer (Harding et al. 2009).

Palliativ filosofi strever etter en måte å hjelpe et menneske med å erkjenne sin sorg og hjelpe dem med å finne måter å mestre sorgen på. Pasientene har sterk behov for at noen lytter til deres livshistorie, tør å snakke om døden og om hva som gir dem mening med livet (Horne, Payne, 2004).

Pasienter med hjertesvikt som fikk hjelp av palliativ team forteller at de opplevde tilbudet veldig positivt, når de sammenligner det med den hjelpen de fikk før palliativ team ble en del av pleie- og behandlingstilbud. Pasientene venter ikke for lenge å ta kontakt med palliativ team for å få hjelp, noe de gjorde tidligere når de ikke fikk puste. Videre mente pasientene at det var lettere å ta kontakt med palliativ team, fordi de var lettere tilgjengelige. En pasient sier *I should say it is the best thing I have had, yes absolutely, absolutely the best to have someone to see every day if you phone, they answer right away* (Brännström et al. 2006).

I undersøkelsen til Harding (2009) var pasienter med hjertesvikt hyppige innlagt på sykehuset og 22 % av utskrevet pasienter ble reinnlagt innen 30 dager (Harding et al. 2009). Mottakelsen har helsepersonellet sjeldent den nødvendige ekspertise om palliativ tilnærming, inkludert smerte og annen symptomlindring, noe som er nødvendig for å gi pasientene god omsorg og lindring.

Nordgren og Sørensen (2003) hevder i sin undersøkelse at pasienter med langkommet hjertesvikt har god nytte av den kunnskapen og tradisjonen palliativ omsorg gir (Nordgren, Sørensen, 2003). Pasienter med langkommet hjertesvikt bør bli behandlet like mye kurativt som palliativt, den siste fasen av langkommet hjertesvikt er ofte kort og vanskelig. Når pasientene er døende må palliasjon bli prioritert i forhold til kurativ behandling. Palliasjon er aktiv, total behandling og omsorg når sykdommen ikke lenger responderer til kurativ behandling ønsker Nordgren og Sørensen (2003).

## **5.0 Diskusjon**

Vi har valgt å dele opp diskusjonskapittelet i to deler, en del for å diskutere metode og en del for å diskutere resultatet. Dette mener vi gir en god oversikt og struktur i oppgaven. I metodediskusjonen drøfter forfatterne litteraturstudiets sterke og svake sider. I resultatdiskusjonen knytter vi teori og praksis sammen med resultatene fra forskningsartiklene, og drøfter det opp mot hverandre.

### **5.1 Metodediskusjon**

I dette litteraturstudiet valgte vi å benytte oss av Goodmans syv ulike steg, som metode, for å utføre en vitenskapelig litteraturstudie. Vi valgte denne metoden fordi den virket oversiktlig og systematisk, og som et godt hjelpemiddel under planleggingen og utføringen av litteratursøket og analyse av forskningsartiklene. Goodmans syv ulike steg er delt inn i tre ulike deler; planlegging av litteratursøk, gjennomføring av litteratursøk og analyse og kvalitetssikring av forskningsartikler. Denne måten å arbeide på fungerte godt da den var systematisk og gav en god oversikt over hva metodekapittelet skulle inneholde. De syv ulike stegene gir også en god beskrivelse av hvordan litteratursøket er utført, slik at det kan etterprøves. Fordelen med dette var at vi fikk gjort søk etter et systematisk og ferdig oppsett, samtidig som studien er etterprøvbar. Videre gjorde dette oppsettet at vi ble ”bundet” til stegene, slik at studien må tilpasses i forhold til innholdet i stegene.

I søket etter litteratur benyttet vi oss av den samme rekkefølgen på søkeordene for å gjøre søket systematisk. Ulempene med dette var at vi fant de samme artiklene i de ulike databasene, noe som kan ha begrenset muligheten til å få et bredt utvalg av forskningsartikler som er skrevet om dette tema. Fordelen med at artiklene er publisert i flere databaser, er at det kan styrke kvaliteten på innholdet og artikkelens relevans i forhold til tema.

Et av ekskluderingskriteriene var at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år. Denne tidsbegrensingen ble satt for å få den nyeste forskningen om tema. I det manuelle søket som vi foretok pga for få artikler, fant vi to artikler som var eldre enn fem år. På tross av dette valgte vi å ta med artiklene, da innholdet i dem var relevant og kunne styrke oppgaven. Under litteratursøket erfarte vi at relevante artikler ikke kom med, pga den tidsbegrensingen i ekskluderingskriteriene. Dette kan anses som en svakhet, da mye av

forskningen på palliasjon til pasienter med hjertesvikt er blitt utført de siste ti årene. Relevante artikler vil da bli ekskludert pga tidsbegrensingen.

I forbindelse med analyse av artiklene valgte vi å gjennomgå artiklene hver for oss og deretter i fellesskap. At artiklene ble vurdert av begge forfatterne, kan øke studiens troverdighet og gi en mer objektiv tolkning av funnene. Det vil være mindre sjanse for at forfatternes individuelle forforståelse av tema vil prege analysen av artiklene, samtidig som det gav oss også et felles grunnlag for videre arbeid med studien. Vi foretok to litteratursøk med seks måneders mellomrom. Dette fordi vi etter første hovedsøk satt igjen med for få artikler, og fordi vi foretok første søk veldig tidlig i prosessen. Under det andre søket ble vi oppmerksom på at det har kommet ut flere forskningsartikler av nyere dato som var relevant for studiens tema. Noen av disse artiklene ble inkludert i studien.

Målet med dette litteraturstudiet var å få dybdekunnskap om palliasjon til pasienter med langtkommet hjertesvikt. For å få ulike innfallsvinkler til tema søkte vi etter kvalitative- og kvantitative forskningsartikler. Vi ønsket å få frem både de subjektive opplevelsene hos pasientene og sykepleierne, samtidig ønsket vi å finne kvantitative forskningsartikler som kunne belyse effekten av palliasjon til pasienter med hjertesvikt. Kvalitativ forskningsmetode brukes ofte inne helsevesenet, fordi det gir en mulighet til å beskrive, forklare og for å få en dybde forståelse for pasientens subjektive opplevelse og oppfattninger (Willmann et al. 2006).

I løpet av prosessen så vi at litteraturstudien inneholdt hovedsaklig kvalitative artikler, noe forfatterne mente var en svakhet. Vi ønsket å få tak i kvantitative artikler som dokumenterte effekten av palliasjon kontra ikke palliasjon til pasienter med hjertesvikt. Forfatterne utvidet søket til også å omfatte et manuelt søk. Under dette søket fant vi flere kvantitative artikler som var relevant i forhold til studiens hensikt. Forholdet mellom antall kvalitative og kvantitative artikler i studiet er nesten likt, dette styrker studiens kvalitet. Under kvalitetssikringen av kvalitative og kvantitative artikler erfarte vi at det var vanskelig å bedømme noen av artiklene ut i fra om de var kvalitative eller kvantitative. Dette kan komme av at vi ikke har mye erfaring med å kvalitetssikre forskningsartikler. Det resulterte i at en artikkel ble feilbedømt som en kvalitativ artikkel, mens den egentlig var en kvantitativ artikkel. Under det videre arbeidet tilegnet vi oss mer kunnskap om kvalitative og kvantitative forskningartikler, samt kriterier for bedømming av

forskningartikler. Forfatterne bestemte seg derfor for å kvalitetssikret alle artiklene på nytt, og sammenlignet det med første resultatet. Resultatet ble da syv kvalitative artikler og fem kvantitative forskningsartikler. Forfatterne mener at denne dobbeltsjekken styrker studiens resultat.

I en slik fordypningsoppgave er det viktig å kunne tydeliggjøre hvor man har hentet kunnskap fra (Bjørk og Solhaug 2008). Kildekritikk vil si å kunne vurdere å karakterisere all litteratur som man har benyttet seg av i litteraturstudiet (Dalland, 2007). Dette litteraturstudiet er basert på flere forskningsartikler. Forskningsartiklene er originalartikler som har blitt kvalitetssikret ut i fra ferdig oppsatte skjemaer og er i tillegg blitt vurdert ut i fra relevans i forhold til problemstillingen. Artiklenes målgruppe var i hovedsak sykepleiere og leger, noe som styrker artiklenes relevans i forhold til studien. Videre var det noen forfattere som gikk igjen på flere artikler, noe som også blir ansett som en styrke. I mange av artiklene blir det redegjort grundig for hva slags metode og analyse forfatterne har benyttet seg av under forskningen. I andre artikler kommer det ikke godt nok frem hva slags metode som er brukt. Dette kan bli ansett som en svakhet i hvor pålitelig kildene i artiklene er. Da det er forsket mye på teamet palliasjon til pasienter med hjertesvikt de siste 10 årene, var det ikke vanskelig å finne artikler som var relevante i forhold til problemstillingen vår.

Under analysen av artiklene så vi både etter ulikheter og likheter, videre oppdaget vi at det var noen temaer som utpekte seg og gikk igjen artiklene. Disse temaene ble kategorisert i grupper: Kommunikasjon, symptom, kardiopsykepleiere versus palliativsykepleiere og palliativt team. Disse temaene ble grunnlaget for det vi presenterte i resultatdelen av studien. De ulikehetene som vi fant i artiklene var interessant for temaet, men forfatterne mener at de ikke gikk direkte på hensikten i dette litteraturstudiet. Det kan tenkes at dette er en svakhet for oppgaven at ulikehetene ikke blir løftet frem i litteraturstudien. Derimot var det likhetene som gikk igjen i artiklene som ble drøftet videre i litteraturstudien da dette var felles for artiklene og gikk direkte på problemstillingen vår. Det at det er flere studier som konkluderer med de samme funnene i sin forskning, anser vi det som en styrke da det er en bred enighet blant forskere, og dermed kan styrke dette litteraturstudiets relevans.

For å kunne utføre et vitenskapelig forskningsarbeid skal det tidlig komme frem om forskerne har utført arbeidet i henhold til gjeldene etiske prinsipper. Denne litteraturstudien er basert på 12 forskningsartikler, i ni av artiklene kommer det tidlig frem at forfatterne har gjort rede for etiske overveielser. I de tre siste artiklene kommer det ikke tydelig frem om forfatterne har gjort rede for etiske overveielser. Det kan bli ansett som en svakhet i forhold til denne studien at ikke blir gjort rede for etiske overveielser i alle artiklene. Videre kan vi ikke konkludere med at studiene ikke er utført etter gjeldene etiske prinsipper, da artiklenes studier pågår over en lengre periode og omfatter over tusen pasienter. Dette fordi alle studier som omfatter mennesker, spesielt mennesker i sårbare situasjoner skal være godkjente etter gjeldende etiske retningslinjer for det skal kunne drives forskning som inkluderer mennesker (Malterud, 2003).

Noen av de kvalitative artiklene hadde få deltakere, dette kan anses som en svakhet, men da disse artiklene inneholdt dybdeintervju av pasienter og der pasientene ble fulgt over en lengre periode anser vi det som en styrke da vil dette få frem pasientens subjektive opplevelse. Dette er en viktig kunnskap å ha med for å kunne gi individuell pleie. Alle artiklene unntatt én er skrevet på engelsk, den siste på svensk. Ved oversettelser til norsk kan det være fare for at den opprinnelige meningen blir borte, eller for lite nyansert. Artiklene er fra Sverige, Storbritannia, USA og Australia. Artiklene er relevante i forhold til palliasjon til pasienter med hjertesvikt, men hvorvidt forholdene i alle artiklene er overførbare til norske forhold er noe som må tas i betraktning under resultatdiskusjonen og konklusjonen.

## ***5.2 Resultatdiskusjon***

### **5.2.1 Kan kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell virke inn på pasientens sykdomsforståelse og evne til å mestre sin sykdom?**

Kommunikasjon er et gjennomgående tema i flere av artiklene, da i forhold til hvor viktig god kommunikasjon er for pasientene. Det er svært viktig for pasientene at de via en god samtale får den informasjonen de har behov for om deres helsetilstand.

Joyce Travelbee har uttrykt at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleieren har i forhold til å utvikle et menneske til menneske forhold til pasienten. Sykepleieren blir kjent med pasienten på et mer personlig plan og kan hjelpe pasienten til å mestre lidelsen sin på en bedre måte (Kristoffersen, 2006). Mangel på denne

informasjonen førte til mye usikkert og angst hos pasienten (Wotton, Borbasi, Redden 2005). I undersøkelsen til Horne og Payne (2004) kommer det frem at pasientene opplever at legene ikke forklarer hvor alvorlig diagnosen deres var. Videre mente sykepleierne at pasienter med langkommet hjertesvikt ikke var klar over at de hadde en kronisk progredierende sykdom, og at de manglet kunnskap om hva det innebærer å ha en slik sykdom.

Både sykepleiere og pasienter var enige om at kommunikasjonen ikke var god nok. Pasientene etterlyser mer informasjon om sykdommens forløp, mens sykepleierne på sin side var mer motvillige til å forklare progresjonen av sykdommen til pasientene. I dette tilfellet er det legens ansvar å gi den første informasjonen om diagnosen og prognose. Det er sykepleieres ansvar å følge opp den informasjon om sykdommen, og se til at pasienten virkelig har forstått informasjonen som er gitt. Pasienter som har en alvorlig progredierende sykdom kan trenge lenger tid for å bearbeide den informasjonen som er gitt, noe som kan føre til at informasjon ofte må gjentas flere ganger, og eventuelt også gis skriftlig. Det kan tenkes at sykepleierne på sin side ikke vil ta fra pasienten håpet om et langt liv, da pasienter med langtkommet hjertesvikt ofte dør brått. Sykdommens natur er svingende. Pasienten kan ha gode dager med få symptomer, men også ha dårlige dager med mange symptomer. Dette kan pågå over en lengre periode, noe som medfører at det kan være vanskelig å snakke med pasienten om døden, da pasienten kan bli i bedre form neste dag. Her må sykepleierne balansere mellom å gi pasientene informasjon om forventet utvikling, samtidig som informasjonen gis på en slik måte at man bevarer håpet. Om et menneske mister håpet, ser det ikke lenger muligheter til å forandre eller forberede sin livssituasjon. Travelbee hevder at det er sykepleiernes ansvar å understøtte håpet hos pasienten, og på den måten hjelpe han til å mestre sin lidelse (Kristoffersen, 2006). En velinformert pasient har det bedre og er mindre bekymret, fordi de har kunnskap og et klart bilde av situasjonen deres. Sykepleieren kan da bygge håp på et riktig grunnlag.

Videre kommer det frem at pasientene føler at de ikke får nok informasjon i samtale med legene. Som sykepleiere er det vår oppgave å være pasientens talerør, slik at pasientene får svar på de spørsmålene de har og dermed får en økt forståelse for sykdommen sin. Det er viktig å få informasjon og kunnskap om sin sykdom, da økt kunnskap vil gi pasienten en følelse av kontroll og mestring (Eide og Eide 2007). Forfatterne opplevde flere ganger under praksis på sykehuset at pasientene ikke hadde forstått den informasjonen de fikk hos

legen. Dette kommer frem når sykepleierne skulle følge opp den informasjonen som var gitt. Pasientene måtte få informasjonen gjentatt flere ganger, gjerne skriftlig og beskrevet på en folkelig måte uten medisinske faguttrykk. I følge Travelbees (1971)

sykepleietenkning er et hvert menneske et unikt individ, noen som også må gjenspeiles når man skal informere en pasient. Man må tilpasse informasjonen ut i fra pasientens tilstand og evne til å motta informasjon.

Det å motta en dårlig nyhet er en prosess der man går gjennom flere faser med bearbeiding og behov for gjentakelse av informasjon, før pasienten er i stand til å ta informasjonen innover seg. Denne interaksjonen med pasienten er til tider veldig kompleks og stiller krav til sykepleierens evne til å føre en slik samtale. Samtalen kan inneholde alt fra behov for informasjon til emosjonell støtte for å takle en krisereaksjon (Eide og Eide 2007). I følge EACPs definisjonen omfatter palliasjon også psykiske, sosiale og åndelige problemer. Hos en pasient med en alvorlig, progredierende diagnose som langtkommet hjertesvikt, vil ikke kommunikasjonen kun omfatte informasjon men også inkludere psykisk, åndelig og eksistensiell behov. Palliativt team skal kunne være tilgjengelig for pasienten og har den erfaring og kunnskapen som er nødvendig for å kunne føre samtale av slik dimensjon (Brännström et al. 2006).

### **5.2.2 Hvilke symptomer er pasienter med langtkommet hjertesvikt plaget av?**

Symptomene til pasienter med hjertesvikt er ofte vanskelige å kontrollere, på grunn av sykdommens kompleksitet og svingende progresjon. I behandling av hjertesvikt er det ikke tradisjon for systematisk palliativ symptomlindring, slik man finner hos pasienter med kreft. Symptomene til en pasient med langtkommet hjertesvikt, kan sammenlignes med de symptomene en kreftpasient opplever i samme fase i sykdommen. Det å ha også en systematisk symptomlindring for disse pasientene, kan redusere deres lidelse. Dette er noe palliativt team er drevne på, videre legger de vekt på både eksistensieller og fysiske smerter. Det å skape rom for å kunne ta opp eksistensielle spørsmål kan også bidra til å lindre fysiske smerter. Dette er noe palliativt team er fokuserer på. Å drive aktivt med palliasjon er et alternativ når sykdommen ikke lenger responderer på kurativ behandling.

Travelbee (1971) hevder at lidelse er en uunngåelig del av livet, da alle mennesker før eller side vil oppleve lidelse og tap. Man kan si at det er en fellesmenneskelig erfaring, da



mange mennesker vil oppleve det i løpet av sitt liv. Men selv om lidelse er fellesmenneskelig, er den også høyst personlig og subjektiv (Kristoffersen, 2006).

Et av hovedsymptomene til pasienter med hjertesvikt er dyspnè, dette er også en av årsakene til at pasientene ringer etter hjelp. I følge Brännström (2006) er dette det symptomet som forårsaker flest uplanlagte reinnleggelser til sykehus. Dette kommer av at pasientene ikke har et godt nok oppfølgingstilbud i hjemmet, etter at de er utskrevet fra sykehuset. Palliativt team har mulighet til å følge opp pasienten hjemme slik at behovet for akuttinnleggelser på sykehus kan reduseres. Dyspnè er et symptom som forårsaker angst og smerter hos pasientene, det palliative teamet har mulighet til å følge pasienten opp i hjemmet slik at symptomene kan lindres tidligere.

Forfatterne mener at det er grunnleggende sykepleie at sykepleiere tar pasientene på alvor og lytter til deres opplevelse av sykdommen. Smerte er ikke et symptom som er spesielt forbundet med hjertesvikt, men likevel rapporterer pasientene om store smerter. 75 % av pasientene med hjertesvikt opplevde store smerte i løpet av de siste seks månedene de levde (Nordgren, Sörensen 2003). At så mange pasienter lider av smerter kan tyde på at pasienten ikke får hjelp til å lindre sine smerter. Det er kun pasienten som kan si hvorvidt han opplever smerter eller ikke. Pasienter med hjertesvikt kan være plaget med flere symptomer som kan forårsake smerte. Dette kan blant annet være forårsaket av ødemer i lever, lunger og i underekstremiteter. Når vevet ekspanderer pga. ødemer oppstår det smerter, som kan være veldig ubehagelig for pasienten. Ascites i abdomen er også et velkjent problem blant pasienter med hjertesvikt, noe som kan forårsake stort ubehag (Kelbæk, Paulsen, Aldershvile 2001). Men den smerten som flest pasienter fortalte om var brystmerter, disse smertene kan forklares med nedsatt blodgjennomstrømning og oksygentilførsel i hjertet. Dermed oppstår det ischemi og generell angina i hele myocardiet noe som kan medfører store smerter for pasientene. Dette viser at disse pasientene har omfattende smerter, men det er lite kjent hvorfor pasienten opplever denne smerten. Her er det viktig at sykepleierne tilegner seg kunnskap om den patofysiologiske symptomer i forhold til hjertesvikt, samt hvordan de kan utarte seg.

Under intervjuene kommer det frem at sykepleierne trodde at pasienten døde med store smerter som var mulig å lindre (Wotton, Borbasi, Redden 2005). Når det er medisinsk mulig har leger og sykepleiere et etisk ansvar for å sørge for at pasienten ikke lider unødige.

Forfatterne opplevde en episode i praksis hvor en pasient med langtkommet hjertesvikt som hadde store smerter. Denne pasienten gav i begynnelsen klart uttrykk for store smerter og fikk morfin intravenøst som ga henne god smertelindring. Pasienten ble etter hvert ikke kontaktbar, samtidig som hun ble sirkulatorisk ustabil med lavt blodtrykk. Da pasienten ikke lenger kunne uttrykke behov for mer smertestillende, sluttet sykepleierne å gi henne morfin, til tross for at pasienten klinisk var smertepreget. Dette begrunnet de med at morfin kunne føre til at blodtrykket sankt enda mer og av den grunn ville de ikke gi henne noe smertestillende.

I undersøkelsen til Nordgren og Sørensen (2003) kommer det frem at 75 % av alle pasienter med hjertesvikt lever med store smerte de siste månedene av livet. Undersøkelsen til Horne og Payne (2004) viser at langtkommet hjertesvikt kan sammenlignes med en kreftdiagnose i samme fase. Forfatterne spør seg om pasienten i den overnevnte situasjonen hadde hatt en kreftdiagnose istedenfor hjertesvikt, ville sykepleierne da vært like tilbakeholdende med morfinpreparatene? En sykepleier fra Wottons (2005) undersøkelse mente at man i langt større grad lindret smertene til pasientene med kreft og HIV med morfin, enn pasienter med langtkommet hjertesvikt. Sykepleierne skal lindre lidelse uansett pasientens diagnose. Videre forteller den samme sykepleieren at de ikke gav morfin, med mindre pasienten har uttalt at han vil være smertefri (Wotton, Borbasi, Redden 2005). Forfatterne mener at sykepleierne har et større etisk og moralsk ansvar overfor en pasient som ikke lenger kan uttrykke seg verbalt.

Balansen mellom total smertelindring og bevisstløshet hos disse pasientene er svært lav, noe som gjorde at leger og sykepleiere vegret seg for å gi pasientene opioider, på grunn av frykt for overdose som kan føre respirasjonsstans og dermed fremskynde døden (Wotton, Borbasi, Redden 2005). Dette er en problemstilling som mange leger og sykepleiere møter og spørsmålet er da; Hva er moralsk og etisk riktig å gjøre? Ikke gi morfin for å være sikkert på og ikke fremskynde døden, eller å sørge for at pasienten er mest mulig smertefri og kanskje risikere at pasienten dør noen timer tidligere? Manglende erfaring i forhold til smertelindring til pasienter med hjertesvikt kan føre til at disse pasientene ikke får dekt sitt behov for smertelindring på en akseptabel måte. Mangel på erfaring er ikke i seg selv et godt nok argument for ikke å lindre smertene som så mange pasienter med hjertesvikt opplever. Det er også viktig å ta hensyn til pasientens autonomi. I den overnevnte pasientsituasjonen hadde pasienten tidligere ytret ønske om smertestillende. Selv om hun

ikke lenger var kontaktbar må helsepersonell anta at dette ønske framdeles gjelder. I en slik situasjon er det sykepleierens ansvar å formidle dette til legen slik at pasientens ønske om smertelindring blir oppfylt.

### **5.2.3 Når bør palliativ team kontaktes når det gjelder pasienter med hjertesvikt?**

Hensikten med palliasjon er klinisk å kontrollere komplekse symptomer og tilby psykososial støtte til pasienter som har behov for det (Harding et al. 2009). Palliasjon blir ofte nevnt i forbindelse med døden, selv om palliasjon i seg selv ikke er synonymt med terminalpleie. Palliasjon blir brukt som metode i forbindelse med mennesker som lider av en ikke kurabel sykdom og som har en forventet avgrenset levetid, et annet ord for palliasjon kan da være lindrende behandling (Hole, 2004).

Horne og Payne (2004) sier i sin undersøkelse at den palliative filosofien fokuserer på en måte for å hjelpe et menneske med å erkjenne deres sorg og å finne måter å mestre det på. Den norske foreningen for palliativ medisin har som mål at det skal drives palliativ behandling på alle nivåer og innen alle områder av helsevesenet der pasienter blir behandlet. Palliasjon har nå blitt et eget fagfelt innen helsevesenet, og er en metode man ønsker at skal bli en naturlig del av alle kliniske spesialiteter (Engstrand et al. 2004).

Pasienter med langtkommet hjertesvikt har mange og komplekse symptomer, der den palliative filosofien kan komme til nytte. I Norge er det tradisjonelt bare fokus på palliasjon til pasienter med hovedsakelig kreftdiagnoser, KOLS og ALS. Det er vel dokumentert at pasienter med langtkommet hjertesvikt har like mange og plagsomme symptomer som for eksempel pasienter med kreft. Selv om mange sykepleiere har et positivt syn på palliasjon som metode innen sykepleiefaget, er det ikke selvsagt at alle har den kunnskapen som er nødvendig for å utøve palliasjon av god kvalitet. Dette kommer frem ved at pasienter med langtkommet hjertesvikt ofte blir ekskludert fra denne ordningen. Da er det lite erfaring og fokus på palliasjon til denne pasientgruppen.

Palliasjon er tradisjonelt sett øremerket for pasienter med kreft, mens andre pasientgrupper som for eksempel hjertesvikt pasienter, har like stort behov for palliativ pleie. En av grunnene til at pasienter med hjertesvikt kan dra nytte av palliasjon er at deres symptomer er mange og komplekse. Pasienter med hjertesvikt har fått oppfølging av det palliative teamet, opplever dette som veldig positiv sammelingnet med før det palliative

teamet kom inn i bildet (Brännström et al. 2006). Pasienten forteller at de turte å ta kontakt med det palliative teamet uten å vente for lenge, og dermed unngår uplanlagte reinnleggelser. Tydelig kontakt har betydning for tidlig intervensjon av symptomlindringen samtidig som pasienten følte seg tryggere.

På sykehuset ble symptomene ofte behandlet rutinemessig noe som gir lindring der og da, men ser ikke alltid nærmere på årsakene til de hyppige reinnleggelsene. Pasientene har ofte behov for endring av dose på medisinene pga. sykdommens progredierende forløp, det tar man ikke alltid hensyn til ved utskrivning. Palliativt team har mulighet til å følge opp pasienten individuelt også utenfor sykehuset, slik at behandlingen blir kontinuerlig. I undersøkelsen til Harding (2009) var pasienter med hjertesvikt hyppige innlagt på sykehuset og 22 % av de utskrevne pasientene ble reinnlagt innen 30 dager (Harding et al. 2009). Dette er en av grunnene til at pasientene med hjertesvikt bør få tilbud om oppfølging fra det palliative teamet. Da de har en helt annen tradisjon og mulighet for å følge opp pasienten på en annen måte før det blir behov for akutt reinnleggelse.

En løsning for å følge opp disse pasientene bedre kan være å utvide eksisterende hjertesviktpoliklinikker. Dette kommer frem under en samtale forfatterne hadde med Kardiolog Audun Heskedal ved Molde sykehus (16.09.2009). Alle helseforetak i Norge har hjertesviktpoliklinikker som de fleste pasienter med hjertesvikt går til jevnlig kontroller på. De pasientene som går til kontroll på denne poliklinikken har stort sett en svikt av grad 1-2. Etter hvert som sykdommen progredierer blir pasienten for dårlige til å komme seg til poliklinikken. Her mener forfatterne at det er muligheter for å utvide de ressursene som allerede er tilgjengelig for disse pasientene. Om hjertesviktpoliklinikken hadde hatt mulighet til å følge opp disse pasientene utenfor klinikken, og samtidig være en resurs for førstelinjehelsetjenesten der hoveddelen av pasientene med langtkommet hjertesvikt befinner seg, ville det vært en betydelig forbedring av behandlingen til denne pasientgruppen. Hjertesviktpoliklinikken har etablert en relasjon til pasienten over tid, og kjenner godt til diagnosen og sykdomsforløpet, men det er også viktig at behandler klarer å skifte fokus fra kurativ behandling til palliativ pleie når tiden er inne for det.

Sykepleierens kunnskap om palliasjon blir ofte påvirket av hva slags videreutdanning de har. Sykepleiere med videreutdanning innen kardiologi kan bli påvirket av kulturen som er innen for kardiologi der behandlingen for det meste er kurativ. Sykepleierne med

videreutdanning innen palliativ pleie er spesialisert inn i den lange palliative tradisjonen der det å se lidelse som en del av livet og den helhetlige omsorgen og fokuserer på emosjonell velvære hos pasientene, samt smertelindring fremfor kurativ medisiner. Det kommer frem også at de palliative teamene ikke har nok kunnskap om hjertesvikt og dens kompleksitet, noe som er forutsetning for å gi disse pasientene palliasjon (Anderson, 2007).

## 6.0 Konklusjon

Pasienter med hjertesvikt er plaget med mange alvorlige og komplekse symptomer. Mange pasienter gav uttrykk for store smerte som ikke ble lindret da hjertesvikt til vanlig ikke assosieres med smerteproblematikk. Her kan palliativt team bidra med kunnskap og erfaring innen symptomlindring. Palliativt team fokuserer på å skape rom for å sette ord på tanker og følelser. Disse pasientene kan ha god nytte av palliativ omsorg, da den palliative filosofien fokuserer på helhetlig pasientomsorg. Fokuset fra kurativ behandling til lindrende palliasjon bør endres i et tidligere stadium av sykdommen da pasienter med hjertesvikt har en kort forventet levetid. For å utøve god palliasjon til pasienter med hjertesvikt, kreves det at sykepleierne har spesiell kunnskap i både kardiologi og palliativ pleie. Det er denne kombinasjonen som gir den mest optimale palliative pleien til pasientene med hjertesvikt. Videre kan det tradisjonelle synet på palliasjon, samt mangel på vilje til endring resultere i at pasienter med hjertesvikt blir ekskludert fra tilbudet om palliativ pleie. Forfatterne mener at dette er et tema som bør forskes mer på i Norge, da antall pasienter med hjertesvikt vil øke i årene fremover.

## Litteraturliste

Anderson, Jill H. 2007. The impact of using nursing presence in a community heart failure program. *Journal of cardiovascular nursing*. Vol. 22, No. 2, pp 89-94. Tilgjengelig fra: Ovid.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008. *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Brännström, Margareta, Christine Brulin, Astrid Norberg, Knut Boman og Gunilla Strandberg. 2005. Being a palliative nurse for persons with severe congestive heart failure in advanced homecare. *European journal of cardiovascular nursing*. 4(2005) 314-323. Tilgjengelig fra: SweMed.

Brännström, Margareta, Inger Ekman, Astrid Norberg, Knut Boman og Gunilla Strandberg. 2006. Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home care. *European journal of cardiovascular nursing*. 5(2006) 295-302. Tilgjengelig fra: Ovid.

Brännström, Margareta, Inger Ekman, Knut Boman og Gunilla Strandberg. 2007. Being a close relative of a person with severe, chronic heart failure in palliative home care – a comfort but also a strain. *Nordic collage of caring science*; 2007; 21, 338-344.

Chatto, Sangeeta og Karl M. Atkin. 2009. Extending specialist palliative care to people with heart failure: Semantic, historical and practical limitations to policy guidelines. *Social science & medicine* 69(2009) 147-153. Tilgjengelig fra: ProQuest.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Egestrand, Per, Dagny Faksvåg Haugen, Sten Erik Hessling, Marit S. Jordhøy, Stein Kaasa, Bente Kristiansen, Ørnulf Paulsen og Erik Wist. 2004. *Standard for palliasjon*. Norsk forening for palliativ medisin. <http://www.palliativmed.org/id/81727.0> (lest 20.07.2009).

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eikeland, Anne, Marit Gimnes og Helle Madsen Holm. 2005. Sirkulasjonssvikt. I Gulbrandsen, Tove (red.) og Dag-Gunnar Stubberud (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Forssell, Anna, Knut Boman. 2006. Erfarenheter av palliative avanserad hemsjukvård för patienter med svår kronisk hjärtsvikt. *Vård i Norden*. 3/2006. Publ. No. 81 Vol. 26 No. 3 PP 44-48. Tilgjengelig fra: SweMed.

Haugland, Trude, Ivar Hansen og Einar Areklett. 2001. Sykepleier til pasienter med hjertelidelser. I Almås, Hallbjørg (red.). *Klinisk sykepleie 1*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Harding, Richard, Teresa Beynon, Fiona Hodson, Elaine Coady, Mark Kinirons, Lucy Selman og Irene Higginson. 2009. Provision of palliative care for chronic heart failure inpatients: how much do we need? *BMC Palliativ care* 2009, 8:8. Tilgjengelig fra: ProQuest.

Hole, Torstein. 2004. Om å diagnostisere døden. *Hjerteforum nr 3 – 2004*; vol 17 Tilgjengelig fra: NorArt.

Horne, Gillian og Sheila Payne. 2004. Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative medicine* 2004; 18: 291-296. Tilgjengelig fra: Ovid.

Jørgensen, Eva. 2001. Sykepleie til pasienter med medisinske hjertesykdommer. I Gjengedal, Eva (red.) og Rita Jakobsen (red.). *Sykepleie – praksis og utvikling 2*. Oslo: Cappelens forlag AS.

Kaasa, Stein. 2007. *Palliasjon: Nordisk lærebok*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.



Kelbæk, Henning, Peter Kildeberg Paulsen og Jan Aldershvite. 2001. Hjertesygdomme. I Schroeder, Torben V (red.), Svend Schulze (red.), Jannik Hilsted (red.) og Jan Aldershvile (red.). *Basisbog i Medicin & Kirurgi*. 2 utg. København: Munksgaard.

Kirkevold, Marit. 1992. *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2006. Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, Nina Jahren (red.), Finn Nortvedt (red.) og Eli-Anne Skaug (red.). 2006. *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Levenson, James W, Ellen P. McCarthy, Joanne Lynn, Roger B. Davis og Russel S. Phillips. 2000. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *American Geriatrics Society*. 48:S101-S109. Tilgjengelig fra: ProQuest.

Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordgren, Lena og Stefan Sörensen. 2003. Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*. 2(2003) 213-217. Tilgjengelig fra: ProQuest.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Travelbee, Joyce. 1971. *Interpersonal aspects of nursing*. 2. utg. Philadelphia: F.A Davis Company.

Wallerstedt, Birgitta og Birgitta Andershed. 2007. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Nordic college of caring science*; 2007; 21; 32-40. Tilgjengelig fra: SweMed.

WHO. Tema: Definisjon på palliasjon. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>  
(lest 20.07.2009)

Willmann, Aina, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning og verksamhet*. 2 utg. Sverige: Studentlitteratur.

Wotton, Karen, Sally Borbasi og Maurine Redden. 2005. When all else has failed – nurses` perception of factors influencing palliative care for patients with end-stage heart failure. *Journal of cardiovascular nursing*. Vol. 20, No. 1, pp 18-25. Tilgjengelig fra: Ovid.

Wyller, Vegard Bruun. 2005. *Det friske og det syke mennesket, Bind 2*. Oslo: Akribe AS.

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Pico-skjema

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p><b>P(M)</b></p> <p>Hvem vil vi vite noe om?<br/>Pasienter(grupper)<br/>Mennesker</p> <p><i>Pasienter med langtkommet hjertesvikt</i></p> | <p><b>I</b></p> <p>Hvilket tiltak, Intervensjon, Behandling ønsker vi å vite noe om?</p> <p><i>Palliasjon, palliativ pleie/omsorg</i></p> | <p><b>C</b></p> <p>Skal det tiltaket vi satte opp under <b>I</b> sammenlignes med et annet tiltak?</p> <p><i>Sammenlignes med de pasienter som ikke fikk palliasjon</i></p> | <p><b>O(E)</b></p> <p>Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?</p> <p><i>Pasienters opplevelse av palliasjon, sykepleieerfaringer, palliasjon kontra ikke palliasjon</i></p> |
| <p><b>P(M)</b></p>  | <p><b>I</b></p>   |   | <p><b>O(E)</b></p>   |

(Nortvet, et al. 2007 s. 30)

Vedlegg 2. Oversikt over skjema for kvalitetsbedømming av kvalitative forskningsartikler

*Evidensbasert omvårdnad*

## Bilaga H

### Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

Patientkaraktistika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?

Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja  Nej  Vet ej

Urval

– Relevant?

Ja  Nej  Vet ej

– Strategiskt?

Ja  Nej  Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja  Nej  Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja  Nej  Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja  Nej  Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja  Nej  Vet ej

– Råder datamätnad?

Ja  Nej  Vet ej

– Råder analysmättnad?

Ja  Nej  Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja  Nej  Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori?

Ja  Nej  Vet ej

**Huvudfynd**

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening  
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Bra                       Medel                       Dålig

**Kommentar** .....

.....  
.....

**Granskare (sign)** .....

Vedlegg 3. Oversikt over skjema for kvalitetsbedømming av kvantitative forskningsartikler

*Evidensbasert omvårdnad*

## Bilaga G

### Exempel på protokoll for kvalitetsbedømming av studier med kvantitativ metode

Beskrivning av studien

*Forskningsmetode*  RCT  CCT (ej randomiserad)  
 multicenter, antal center .....  
 Kontrollgruppe/er

*Patientkarakteristika* · Antal .....  
Ålder .....  
Man/Kvinna .....

*Kriterier for ekskludering*

Adekvate eksklusioner  Ja  Nej

*Intervensjon* .....  
.....  
.....

*Vad avsåg studien att studera?*

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått .....  
.....  
.....

*Urvalsførfarandet beskrevet?*  Ja  Nej

*Representativt urval?*  Ja  Nej

Randomiseringsførfarande  
*beskrevet?*  Ja  Nej  Vet ej

Likværdige grupper ved start?  Ja  Nej  Vet ej

Analyserte i den gruppe som de  
randomiserades til?  Ja  Nej  Vet ej

Blindning av patienter?  Ja  Nej  Vet ej

- Blindning av vårdare?  Ja  Nej  Vet ej  
 Blindning av forskare?  Ja  Nej  Vet ej

**Bortfall**

- Bortfallsanalysen beskriven?  Ja  Nej  
 Bortfallsstorleken beskriven?  Ja  Nej  
*Adekvat statistisk metod?*  Ja  Nej  
*Etiskt resonemang?*  Ja  Nej  
*Hur tillförlitligt är resultatet?*  
 Är instrumenten valida?  Ja  Nej  
 Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej  
 Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....  
 .....  
 .....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

- Bra  Medel  Dålig

Kommentar

.....  
 .....

**Granskare sign:** .....

#### Vedlegg 4. Kvalitetsgradering av valgte artikler

Et poeng til svar med positiv svar.

Null poeng til del svarene med negativ eller usikker svar.

Den samlede poengsummen regnes om til prosent:

Grad I: Høy vitenskapelig kvalitet 80-100 prosent

Grad II: Middels vitenskapelig kvalitet 70-79 prosent

Grad III: Lav vitenskapelig kvalitet 60-69 prosent

(Fritt oversatt fra: Willman et al. 2006, s 96)



## Vedlegg 5. Oversikt over valgte artikler

| Forfattere<br>Utgivningsår<br>Tittel<br>Tidsskrift<br>Land  | Hensikt  | Metode/<br>instrument                    | Deltagere/<br>frafall  | Kvalitetsgrad |
|---|--|--|--|---------------|
| Horne, G m. fl.<br>(2004)<br>Removing the<br>boundaries:<br>palliative care for<br>patients with<br>heart failure.<br>Palliative<br>medicine<br>Storbritania                              | Undersøker<br>pasientens<br>erfaringer med<br>langtkommet<br>hjertesvikt, og<br>identifisere<br>deres behov for<br>palliativ<br>behandling.  | Kvalitativ<br>metode                     | 20 deltakere<br>i alderen<br>60-83 år, 6<br>deltakere<br>døde i løpet<br>av studien. | Grad 1        |
| Wallerstedt, B. og<br>Andershed, B.<br>(2007)<br>Caring for dying<br>patients outside<br>special palliative<br>care settings:<br>experiences from<br>a nursing<br>perspective.<br>Sverige | Å beskrive<br>sykepleiers<br>erfaringer med<br>pleie av<br>terminale<br>pasienter<br>utenfor<br>sykehuset.   | Kvalitativ/<br>Fenomenologisk<br>metode. | 9 deltakere  | Grad 1        |
| Forssell, A. og<br>Boman, K.<br>(2006)<br>Erfarenheter av<br>palliativ<br>avancerad<br>hemsjukvård för<br>patienter med<br>svår kronisk<br>hjärtsvikt.<br>Vård i Norden.<br>Sverige       | Hensikten var å<br>undersøke<br>hvordan<br>hjertesvikt<br>diagnosen ble<br>bekreftet, samt<br>undersøke den<br>underliggende<br>cardiovaskulære<br>diagnosen og<br>den medisinske<br>behandlingen.<br>Og hvordan<br>palliasjon<br>påvirker pleien. | Kvantitativ<br>metode.                   | 43 deltakere<br>18 kvinner<br>og 25 menn   | Grad 2        |
| Brännström, M.<br>m. fl.<br>(2006)<br>Being a close<br>relative of a<br>person with<br>severe, chronic<br>heart failure in<br>palliative<br>advanced home                                 | Hensikten var å<br>belyse temaet å<br>være en nær<br>pårørende til en<br>hjertesvikt<br>pasient i en<br>palliativ<br>hjemme<br>situasjon.  | Kvalitativ/<br>Fenomenologisk<br>metode  | 4 deltakere  | Grad 1        |

|  |  |                                    |                                       |        |
|--|--|------------------------------------|---------------------------------------|--------|
| care – a comfort but also a strain. European journal of cardiovascular nursing. Sverige  |  |                                    |                                       |        |
| Brännström, M. m. fl. (2005) Being a palliative nurse for persons with severe congestive heart failure in advanced homecare. European journal of cardiovascular nursing. Sverige                     | Hensikten var å illustrere behovet for sykepleiere med erfaring innen palliasjon i forbindelse med pasienter med langt kommet hjertesvikt i hjemmet. | Kvalitativ/ Fenomenologisk metode. | 11 sykepleiere. 1 mann og 10 kvinner. | Grad 1 |
| Anderson, H., J. m fl. (2007) The impact of nursing presence in a community heart failure program. Journal of cardiovascular nursing.  | Å beskrive viktigheten av en sykepleiers tilværelse og hvordan den kan påvirke palliasjons resultatet I hjemmet.                                     | Kvalitativ metode.                 | 3 deltakere                           | Grad 2 |
| Wotton, K. m. fl. (2005) When all else has failed: Nurses` perception of factors influencing palliative care for patients with end-stage- heart failure. Journal of cardiovascular nursing Australia | Beskrive sykepleiernes oppfatning av hva som kan påvirke palliasjonen til hjertesvikt pasienter.   | Kvalitativ metode.                 | 17 deltakere                          | Grad 1 |
| Brännström, M. m. fl. (2006) Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home  | Å belyse teamet å leve med langt kommet hjertesvikt I en palliative hjemme situasjon.  | Kvalitativ/ Fenomenologisk metode. | 4 deltakere                           | Grad 1 |

|   |   |                        |                  |        |
|---|---|------------------------|------------------|--------|
| care.<br>European journal<br>of cardiovascular<br>nursing.<br>Sverige   |   |                        |                  |        |
| Norgren, L m.fl<br>(2003)<br>Symtoms<br>experienced in the<br>last six months of<br>line in patients<br>with end-stage<br>heart failure.<br>European journal<br>of cardiovascular<br>nursing, 2 (2003),<br>213-217<br>Sverige                                   | Undersøke hva<br>slags<br>symptomer<br>hjertesvikt<br>pasienter<br>opplever de<br>siste seks<br>månedder av<br>livet.                                   | Kvantitativ<br>metode. | 80 deltakere     | Grad 1 |
| Chattoo, S.,<br>Atkin, K. M.<br>(2009)<br>Extending<br>specialist<br>palliative care to<br>people with heart<br>failure: Semantic,<br>historical and<br>practical<br>limitations to<br>policy guidelines.<br>Social, Science &<br>medicine,<br>69(2009) 147-153 | Fokuset er på<br>hvordan<br>cardiologer og<br>palliativt team<br>møter de<br>utfordringene<br>som oppstår i<br>forhold til<br>hjertesvikt<br>pasienter. | Kvantitativ<br>metode. | 20 deltakere     | Grad 1 |
| Harding, R., m.fl.<br>(2009)<br>Provision of<br>palliative care for<br>chronic heart<br>failure inpatients:<br>how much do we<br>need?<br>BioMed Central  | Finne ut hvem<br>av hjertesvikt<br>pasientene som<br>har mest behov<br>for palliasjon.  | Kvantitativ<br>metode. | 365<br>deltakere | Grad 1 |

|  |   |                                |   |               |
|--|---|--------------------------------|---|---------------|
| <p>Levenson, J. W,<br/>m.fl.<br/>(2000)<br/>The last six<br/>months of life for<br/>patients with<br/>congestive heart<br/>failure.<br/>American<br/>Geriatrics Society<br/>48(2000) 101-109</p> | <p>Å undersøke<br/>erfaringene til<br/>hjertesvikt<br/>pasienter I løpet<br/>av de siste seks<br/>månedene.</p> | <p>Kvantitativ<br/>studie.</p> | <p>1404<br/>deltakere,<br/>539 døde<br/>innen 1 år.</p> | <p>Grad 1</p> |
|--|---|--------------------------------|---|---------------|