



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Namn: Dayanna Zamora Alonzo
Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för
vårdvetenskap
Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, VT21
Nivå: Grundnivå
Handledare: Elisabeth Bos Sparén
Examinator: Elisabet Mattsson

Äldre personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt

En litteraturöversikt

Elderly persons' experiences of living with heart failure

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtsvikt är en sjukdom som har ökat i samhället särskilt hos äldre personer. Sjukdomens konsekvenser tvingar äldre personer att göra stora livsförändringar för att kunna hantera vardagen. Sjuksköterskor har en omfattande roll att utbilda och informera om sjukdomen samt ge stöd till patienter med hjärtsvikt att utföra egenvård.

Syfte: Syftet var att beskriva äldre personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

Metod: Metoden var en litteraturoversikt. Totalt inkluderades nio artiklar framsökta med hjälp av databaserna CINAHL Complete och PubMed. Åtta artiklar var kvalitativa och en tillämpade mixad metod. Artiklarna kategoriserades och tematiserades baserat på likheter och skillnader i resultaten.

Resultat: I resultatet framkom tre teman utifrån äldre personers upplevelser. Det första temat handlar om otillräcklig information, andra tema en förändrad kropp och det tredje handlar om äldre personers behov av stöd från anhöriga och vårdpersonal.

Slutsats: Äldre personer med hjärtsvikt har behov av stöd och vägledning för att kunna hantera sin egenvård. Framtida forskning behövs, från ett individinriktat perspektiv, för att undersöka vilka strategier som kan stödja äldre personers egenvård.

Nyckelord: Äldre personer, hjärtsvikt, patientens erfarenheter, egenvård, livskvalitet.

Abstract

Background: Heart failure is a disease that has increased in the society, especially in elderly people. The consequences of this disease force older people to make major life changes to manage everyday life. Nurses have an extensive role to educate and inform about the disease and provide support to patients with heart failure to perform self-care.

Aim: The objective for this study is to describe elderly person's experiences of living with heart failure.

Method: The method was a literature review. A total of nine articles searched using the databases CINAHL Complete and PubMed were included. Eight articles were qualitative, and one applied a mixed method. The articles were categorized and themed based on similarities and differences in the findings.

Results: The results revealed three themes based on the experiences of elderly persons. The first theme is about insufficient information, the second theme relates to a changed body, and the third theme is about elderly people's need for support from relatives and healthcare professionals.

Conclusion: Elderly persons with heart failure need more support and guidance to be able to manage their own self-care. Future research needs, from an individual-oriented perspective, to investigate which strategies can support elderly people's self-care.

Keywords: Elderly persons, heart failure, patients' experiences, self-care, quality of life.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>HJÄRTSVIKT</i>	2
Symtom.....	3
Diagnos	3
Klassificering	3
<i>ÅLDRA</i> ND E	4
<i>SJUKSKÖTERS</i> KANS ROLL	5
<i>EGENVÅRD</i>	6
Omvårdnadsåtgärder vid hjärtsvikt	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
TEORETISK REFERENS RAM	8
METOD	9
<i>URVAL</i>	9
<i>DATA</i> INSAMLING	10
<i>DATA</i> ANALYS	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	11
<i>OTILLRÄCKLIG INFORMATION</i>	11
<i>UPPLEVELSE AV EN FÖRÄNDRAR KROPP</i>	12
<i>BEHOV AV STÖD FRÅN ANHÖRIGA OCH VÅRDPERSONAL</i>	16
DISKUSSION	17
<i>METOD</i> DISKUSSION	17
<i>RESULTAT</i> DISKUSSION	19
Information nödvändigt för att kunna utföra egenvård	19
Fysisk och emotionell påverkan	20
Äldre personers behov av stöd från anhöriga och vårdpersonal	21
KLINISKA IMPLIKATIONER	22
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	22
SLUTSATS.....	23
REFERENSFÖRTECKNING	24

BILAGA 1. Sökmatrix	28
BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat.....	30

INLEDNING

Hjärtsvikt tillhör en av de vanligaste sjukdomarna hos äldre patienter vilka söker kontakt med vården. Tillståndet kan vara livshotande och dagliga aktiviteter hos äldre patienter blir begränsade till följd av den nedsatta konditionen. Sjuksköterskan kommer i sin yrkesutövning att träffa många personer som besväras av sjukdomen. Det är därför viktigt och relevant att undersöka äldre patienters perspektiv och hur de upplever sin vardag med hjärtsvikt och därifrån kunna identifiera viktiga faktorer vilka kan hjälpa oss att förebygga, åtgärda och stärka egenvården samt främja äldre personers livskvalitet. På min verksamhetsförlagda utbildning (VFU) i primärvården kom jag i kontakt med äldre personer med hjärtsvikt, vilka dessvärre inte hade möjlighet att träffa en hjärtsviktsjuksköterska för att det fanns ingen sjuksköterska med den kompetensen på plats. Det ansåg jag utifrån mitt perspektiv som ett problemområde. De träffade i stället en allmänsjuksköterska som hade goda kunskaper om hypertoni, men oftast hann inte sjuksköterskan undervisa om egenvård av hjärtsvikt. På grund av detta väcktes intresset att närmare undersöka hur äldre personer upplever och hanterar hjärtsvikts omständigheter vilka tillkommer med sjukdomen samt vad vi som sjuksköterskor kan göra för att förbättra äldres egenvårdshantering hemma. Jag upplevde på min VFU att det behövs fler sjuksköterskor med utökad kompetens. Mina förväntningar med denna litteraturöversikt är att få en ökad förståelse för hur äldre patienter med hjärtsvikt upplever sin sjukdom, samt i vilken utsträckning sjukdomen inverkar på deras dagliga aktiviteter.

BAKGRUND

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2017) lider 17,9 miljoner människor av hjärt-kärlsjukdomar globalt. Därutöver är hjärt-kärlsjukdomar den främsta dödsorsaken globalt sett, där antalet personer med hjärtsvikt uppskattningsvis kommer att öka till fler än 23 miljoner människor år 2030. Det är primärvårdens ansvar att så tidigt som möjligt identifiera riskfaktorer vilka leder till hjärt- och kärlsjukdomar hos äldre personer. Några av dessa riskfaktorer är högt blodtryck, övervikt samt fetma. Sjukvården bör säkerställa att individer med risk för hjärtsvikt får lämplig behandling för att förhindra ett tidigt dödsfall. Under de senaste åren har hjärtsviktprevalensen ökat och är i dag en av de främsta orsakerna till sjukhusvistelse i många länder. Sjukdomen är en livsbegränsande sjukdom och särskild hos äldre personer förekommer ofta hjärtsvikt i samband med andra kroniska sjukdomar. Enligt Malhotra m.fl. (2016) lider personer med avancerad hjärtsvikt ofta av allvarliga fysiska och psykosociala symtom vilka inverkar på personers välbefinnande och reducerar deras förmåga

att utföra aktiviteter i vardagen. Ett vanligt hjärtsviktssymtom är bland annat andnöd, vilket bidrar till att äldre personer får en dålig livskvalitet. En av de främsta insatser som ingår i sjuksköterskans arbetet är att utvärdera och stödja äldre personers förståelse av sjukdomsprocessen. Sjuksköterskor med en holistisk hälsosyn och en helbild av äldre personer med hjärtsvikt kan motivera äldre personer att utföra och delta i sin egenvård för att uppnå bästa resultat. Genom att se vilka hinder finns och förebygga dem, kan sjuksköterska vägleda utifrån individens eget perspektiv. Seah m.fl. (2016) beskriver att många äldre personer uttrycker rädsla för det okända, där hjärtsvikt hör till de sjukdomar som är oförutsägbara. Men god kunskap om sjukdomen kan underlätta för äldre personer att anpassa sig till att leva med hjärtsvikt.

HJÄRTSVIKT

I Sverige uppskattas att omkring 180 000–350 000 människor besväras av hjärtsvikt i varierande grad och cirka 9 % av människor i åldersgruppen 65 till 80 år lider av sjukdomen. Socialstyrelsen (2018) redogör att hälso- och sjukvårdskostnaderna relaterade till hjärtsjukdomar utgör cirka 900 miljoner kronor vilket medgör stora kostnader för samhället. Vid hjärtsvikt orkar inte hjärtmuskulaturen längre att pumpa ut tillräckligt med blod till kroppens alla organ. De vanligaste orsakerna till hjärtsvikt beror på nedsatt ischemiska hjärtsjukdomar, hypertoni samt klaffsjukdomar. Det finns även andra sjukdomstillstånd vilka kan framkalla hjärtsvikt, såsom anemi, infektion, lungemboli, diabetes, och debut av autoimmuna sjukdomar (Ericson & Ericson, 2012).

Hjärtsvikt kännetecknas av en dysfunktion vilken avser tömnings- och påfyllningsförmågan i hjärtats kamrar. Vid en systolisk dysfunktion uppstår en nedsatt tömningsförmåga, vilket leder till att kroppens vävnader inte får tillräckligt med blod. Detta bidrar i sin tur till att minutvolymen och slagvolymen minskar. Denna typ av hjärtsvikt är mer vanligt förekommande i hjärtats vänstra kammare. En annan form av hjärtsvikt är den diastoliska dysfunktionen. Vid förekomst av denna uppkommer i stället en dysfunktionell påfyllning i hjärtats kamrar. Denna typ av hjärtsvikt karakteriseras av en nedsatt förmåga att relaxera och dilatera kammarväggen, vilket leder till ett högt tryck i påfyllningsfasen.

Hjärtsvikt kan vara akut eller kronisk. Akut hjärtsvikt uppträder oftast vid en akut hjärtinfarkt, men det kan uppkomma även som en kort tillfällig period hos patienter med kronisk hjärtsvikt. Hjärt- och kärlsjukdomar kan orsaka en kronisk vänsterkammarsvikt vilken leder

till att den högra kammaren behöver arbeta dubbelt. Till slut leder det ökade trycket i den högra kammaren till en högerkammersvikt (Ericson & Ericson, 2012).

Symtom

Det vanligast förekommande symtomet vid hjärtsvikt är dyspné eller andnöd, där patienter upplever andningssvårigheter. Andra vanliga symtom är trötthet, svullna ben och anklar (ödem), nedsatt kondition och allmäntillstånd samt svårigheter att sova då det nattetid uppkommer hosta och frekvent vattenkastning (nykturi). Vidare kan andra symtom såsom illamående, aptitlöshet, ont i magen samt hjärklappning förekomma. Beroende på vilka symtom patienter upplever kan detta ge en preliminär bild av vilken den sviktande kammaren är (Ericson & Ericson, 2012).

Diagnos

Diagnostik av hjärtsvikt baseras på patientens sjukdomshistoria och kliniska undersökningar. Undersökningar vilka kan utföras är EKG (elektrokardiografi), vilken kan avslöja om det finns ischemiska avvikelser och arytmier, auskultation av lungor, ultraljud, dopplerundersökning, ödemkontroll samt kontroll av hjärtfrekvens, andningsfrekvens, syremättnad (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011).

Klassificering

Enligt American Heart Association (2017) kan hjärtsvikt klassificeras i fyra funktionsklasser. Av detta har New York Heart Association (NYHA) bedömt funktionsbegränsningar efter patientens subjektiva symtom och graderat dem i klasser från I till IV. Detta klassifikationssystem baseras således på patientens förmåga att utföra normala dagliga aktiviteter (American Heart Association, 2017).

1. NYHA I: Inga begränsningar när det gäller fysisk aktivitet. Asymtomatisk hjärtsvikt orsakar inte trötthet, hjärklappning eller dyspné.
2. NYHA II: Lätt hjärtsvikt vilken kännetecknas av lite begränsningar gällande fysisk aktivitet. Patienten är bekväm vid vila och mår bra vid lätt fysisk aktivitet. Vid fysisk ansträngning uppträder trötthet, hjärklappning och andfäddhet.

3. NYHA III: Måttlig hjärtsvikt vilken kännetecknas av begränsningar vid fysisk aktivitet. Patienten mår bra vid vila, men vid vanliga dagliga aktiviteter i hemmet uppstår trötthet, hjärtklappning och dyspné.
4. NYHA IV: Allvarlig hjärtsvikt. Patienten kan inte genomföra någon fysisk aktivitet utan obehag. Symtomen på hjärtsvikt uppkommer även vid vila.

ÅLDRADE

Åldrande är en naturlig process i människors liv. Många faktorer såsom livsstil och levnadsvanor kan vara riskfaktorer och friskfaktorer vilka påverkar äldres hälsa. En av de vanliga sjukdomarna bland äldre är hjärt-kärlsjukdomar, vilka samtidigt utgör en av de vanligaste dödsorsakerna (Region Östergötland, 2010). I Sverige beräknas att omkring 17,5 procent av befolkningen är 65 år och äldre, och ofta definieras personer vid pensionsålder som äldre. Inträdet i hög ålder är en transitionspunkt i livet och kan upplevas som frigörande i flera avseenden, därmed som ett mer positivt gott åldrande. Dock kan inträdet i pensionslivet även innebära förlust, där människan upplever en förlust av sin roll i yrkeslivet, i samhället och familjen (Nygren & Lundman, 2014).

I en undersökning av Josefsson och Eriksson (2008) jämförde de hur levnadsvanor och livsvillkor har förändrats över tid samt skillnader gällande detta i olika åldersgrupper. Undersökningen tydde på att Sverige är ett land med en stor andel äldre befolkning som bor kvar i sin bostad, oftast bor de ensamma om de har förmåga att klara sig själva. Därför finns det behov av kunskap kring äldre personer och utifrån äldres erfarenheter och behoven kan vården skapa goda förutsättningar för en god hälsa på samma villkor till våra äldre i samhället.

Det finns olika uppfattningar om begreppet äldre. Att åldras påverkar personer på många aspekter. Den psykologiska åldern, personligheten, anpassningsförmågan till den biologiska åldern samt funktionsförmågan påverkar definitionen av att känna sig äldre. Begreppet åldrande bär fördomar och förstås som svaghet och funktionsnedsättningar hos äldre. Hög ålder påverkar våra tankar, handlingar och attityder men det är framför allt äldres hälsan som påverka vår syn på åldrande (Lee m.fl., 2021). I samband med åldrande uppkommer begränsningar på olika sätt. Stigande ålder kan vara en degenerering vilken hotar hälsan, men att bli äldre kan också upplevas positivt vid friskhet och god hälsa. En stor andel av äldre har sjukdomar eller funktionsnedsättningar vilka påverkar livskvalitet.

SJUKSKÖTERSANS ROLL

Sjuksköterskan har olika ansvarsområden. International Council of Nurses [ICN] etiska kod (2017) har utvecklats för att vara vägledande för etiska ställningstaganden och agerande. ICN:s etiska kod har fastställt fyra etiska koder för sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskan ansvarar för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (ICN, 2017). Ansvar innebär flera olika aspekter då varje patient har olika förutsättningar när det gäller att främja hälsan. ICN (2017) beskriver vidare vikten av att respektera patienters rättigheter samt att bemöta denne med respekt oavsett dennes bakgrund, nationalitet, sexuella läggning, eventuella funktionsnedsättningar, ålder och kön. Sjuksköterskor ansvarar för att patienterna får en god vård och ska även verka för att vården och resurserna ska fördelas med jämlikhet och rättvisa.

Därutöver är sjuksköterskans yrkesroll stödjande. Vi ansvarar för att förmedla rätt kunskap och relevant information för alla patienter ska kunna välja och fatta beslut om alla möjliga alternativ vad gäller deras egenvård. Sjuksköterskan vägleder även patienter och erbjuder delaktighet i patientens egenvård och omvårdnad utifrån den enskilda patientens behov och förutsättningar. Som stöd i patienters egenvård ska sjuksköterska även inkludera närstående vilka vill vara delaktiga i patientens omvårdnad. Därmed bör närstående få kunskap om sjukdomen och information om anhörigutbildning samt hjälp om de behöver support. Sjuksköterskan bör sträva efter att skapa en god relation med patienter för att få en förtroenderelation vilken skapar tillit mellan vårdaren och patienter. Vidare bör sjuksköterskan alltid jobba utifrån evidensbaserad forskning, då nya medicinska behandlingar och icke-medicinska behandlingar förändras över tid. Syftet med sjuksköterskans arbete är att erbjuda en säker och trygg vård för att minimera risker vilka kan leda till skador hos patienter. Alla som jobbar inom hälso- och sjukvården ansvarar för att arbeta enligt patientsäkerhetslagen och sjukvårdslagen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Sjuksköterskan vägleder patienter när det gäller att hitta hinder, styrkor och lösningar. En av de grundläggande principerna är att sjuksköterskan alltid tillåter patienters autonomi att styra beslutet vid val av behandling. Patienter har framför allt ett eget ansvar för sina beslut, men det är sjuksköterskans ansvar att göra patienter mer säkra i sin hälsofrämjande process (Paradis m.fl. 2010).

EGENVÅRD

I Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av huruvida hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6) framhävs att egenvård betyder det preventiva arbetet. Detta innebär att äldre personer som utför omvårdnadsåtgärder hemma, antingen själva, med hjälp av en anhörig eller med hjälp av hälso- och sjukvårdspersonal att sjuksköterskan har ansvar att vägleda personen genom att till exempel ge korrekt information sjukdomens bakgrund, orsaker till sjukdomen, dess symtom samt egenvårdsåtgärderna vilka inriktar sig mot personers symtom respektive sjukdomen. Några exempel på egenvårdsområden, med hjälp av sjuksköterskan är levnadsvanor såsom nutrition, vätskeintag, rök- och alkoholstopp samt adekvat fysisk aktivitet. Äldre personer har ansvar för sin egenvård, men det är legitimerad vårdpersonal som bedömer huruvida personen kan utföra egenvård. Bedömningen ska även utföras i samråd med patienten och bör utgå ifrån personens fysiska och psykiska hälsa samt förutsättningar. Detta då det kan finnas risker om egenvården utförs på ett bristfälligt sätt och målet är att minimera dessa risker. Sjuksköterskan ansvarar för egenvårdsplanering, utbildning och aktuella åtgärder tillsammans med sina patienter och eventuellt anhöriga. Egenvården ska dokumenteras i patientens journal och följas upp kontinuerligt för att säkra att egenvården utförs på korrekt sätt (Socialstyrelsen, 2017).

Patienten själv är den viktigaste aktören för att utveckla egenvården som ett verktyg för att främja patienters hälsotillstånd. Vidare baseras egenvårdprocessen på tre begrepp: egenvård, egenvårdhantering samt egenvårdförtroende. Egenvård står för patientens hantering av symtomövervakning och behandling. Begreppet egenvårdhantering innebär att patienten känner igen symtom på sjukdom och har förutsättningar att utvärdera samt ta initiativ i sin behandling. Egenvårdförtroende innefattar patientens uppfattande förmåga att hantera sin egenvård hemma. Denna process påverkas också av patientens självvårdsbeteenden (Paradis m.fl., 2010). Patienten bör ha tillgång till information för att på bästa sätt kunna hantera egenvården. Vid hjärtsvikt är det här några vanliga symtom: trötthet, andnöd, nutrition, rökstoppning, obstipation och motion (Ericson & Ericson, 2012).

Omvårdnadsåtgärder vid hjärtsvikt

Omvårdnad vid hjärtsvikt inriktar sig på att lindra sviktsymtom, som uppstår på grund av hjärtats nedsatta förmåga att pumpa ut blodet samt svårigheter att eliminera vätska från

kroppen. För att förhindra vätskeretentionen ges rekommendationerna att personer bör ha ett vätskeintag om 1,5 till 2 liter per dag samt bibehålla en saltfattig kost. Således är en daglig viktmatning relevant för att bevaka vätskeretentionen i kroppen. Fysiska rekommendationer såsom övningar och fysisk träning ges individuellt beroende på patientens förutsättningar och graden av hjärtsvikt (Paradis m.fl. 2010). Omvårdnaden inriktas även mot andningsfrekvensen, vilken kan vara ett tecken på försämrad hjärtfunktion. Huden är också viktig att vara uppmärksam på. Dålig cirkulation och att ligga många timmar i sängen per dygn kan vara risk för trycksår. Äldre personer som är sängliggande kan förebygga trycksår med ett lägesändringsschema och en tryckavlastande madrass. Det är därför relevant att äldre personer med hjärtsvikt rör sig i den mån det är möjligt för att undvika ven-tromboser och förbättra blodcirkulationen i kroppen. Ett annat viktigt område i omvårdnad av hjärtsvikt är eliminationen. Det förekommer att många äldre personer som rör sig mindre blir förstoppade, detta kallas medicinsk som obstipation och måste även uppmärksammas. Olika läkemedel såsom morfin och andra smärtstillande kan leda till förstoppning hos en del personer. Detta kan förebyggas med tarmreglerande eller tarmmotorikstimulerande läkemedel (Ericson & Ericson, 2012).

PROBLEMFORMULERING

Hjärtsvikt är ett betydande hälsoproblem. Sjukdomen har ökat globalt under de senaste åren och en ytterligare ökning förväntas, främst på grund av antalet äldre personer med hjärt- och kärlsjukdomar. Tillståndet leder ofta till sjukhusinläggningar och för tidig död. Hjärtsvikt medför stora kostnader för samhälle och sjukvården. Hjärtsvikt utvecklas över tid till ett mer kroniskt tillstånd och det krävs kontinuerlig vård och behandling inom öppenvården.

Problematiken är att många äldre personer inte kommer i kontakt med akutsjukvård när det behövs utan många väntar för lång tid för att söka vård. Detta kan bero på att många äldre personer saknar kunskap om sjukdomens symtom, eller har inte fått diagnosen, eller har fått diagnosen med fel medicinering som orsakar en försämring. Det är sjuksköterskors ansvar att skapa omvårdnadsåtgärder som är anpassade till varje enskild person. För att kunna göra detta behöver sjuksköterskor kunskap om hur det dagliga livet upplevs av äldre personer med hjärtsvikt.

SYFTE

Syftet var att beskriva äldre personers upplevelsers av att leva med hjärtsvikt.

TEORETISK REFERENSRAM

Författaren valde att i denna litteraturoversikt att använda Orems (2001) egenvårdsteori. Teorin kommer att diskuteras i resultatdiskussionen. Teorin valdes då den är inritad mot primärvården där patienter med hjärtsvikt är en vanlig förekommande patientgrupp. Orem (2001) beskriver att alla människor har frihet och är kapabla att ta hand om sig själva för att bevara hälsan. Individer har även förmåga att visa omsorg, att kommunicera och reflektera. När människan påverkas på grund av speciella omständigheter såsom sjukdom är människan mer nyanserat längre kapabel att ta hand om sig själv. Om människan inte kan hantera egenvårdskraven uppkommer egenvårdsbrist i människans hälsa. Men om människan kan hantera egenvårdskraven själv eller med stöd från andra innebär detta att människan har en god egenvårdskapacitet och kan bibehålla hälsan. Sjuksköterskan är en pelare vilken stödjer och uppmuntrar patienter att öka sin egenvårdskapacitet. För att lyckas med detta kan sjuksköterska tillsammans med patienten skapa en egenvårdsplan utifrån patientens förutsättningar och livsvärld och därmed upprätthålla egenvårdsbalansen (Orem, 2001).

För att främja hälsan finns olika egenvårdsbehov och Orems egenvårdsteorin identifierar åtta universella egenvårdsbehov (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Orem (2001) betonar vikten av att ha kunskap och sträva efter vård är avgörande när det uppkommer egenvårdsbrist. Människor eftersträvar att främja hälsa och välbefinnande samt att ha egen förmåga att vårda sig själva och andra. De centrala begreppen inom Orem (2001) teori beskriver hur omvårdnaden möjliggör en förståelse av egenvård för alla individer, vilket i sin tur bidrar till hälsofrämjande och välbefinnande hos alla människor.

De universella egenvårdsbehov vilka Orem beskriver är relaterade till att upprätthålla individer hälsa och välbefinnande. Individer ska lära sig att känna igen kroppens varningssignaler och tecken på försämring vid sjukdom. Personer bör etablera rutiner för levnadsvanor när det gäller exempelvis kost och motion. Därutöver bör individer även kunna hantera sin läkemedelsbehandling för att uppnå målet i egenvården. De åtta universella egenvårdsbehoven utifrån Dorothea Orems teori enligt Wiklund Gustin och Lindwall (2012) beskrivs nedan.

1. Upprätthålla adekvat syresättning. Detta uppfylls genom att minska eller sluta röka.
2. Upprätthålla ett adekvat vätskeintag. Detta görs genom att byta ut läsk och söta drycker mot vatten.

3. Upprätthålla ett adekvat näringsintag. Detta utgörs av ett bra födonäringsintag rikt på fiber, grönsaker och frukter i stället för snabba kolhydrater.
4. Omvårdnad med avseende på elimination. Upprätthålla metabolismen genom att förbättra kost med fiber och att minska blodsocker kan reglera urinmängder.
5. Upprätthålla balans mellan vila och aktivitet. Här eftersträvas en balans mellan motion och vila. Fysiska aktiviteter ska planeras.
6. Upprätthålla balans mellan ensamhet och social interaktion. Detta innebär att hålla kontakt med sina anhöriga, närstående och vänner.
7. Förebygga risker. Detta innefattar bland annat att reflektera över livsstil, levnadsvanor samt minska alkohol- och tobakskonsumtion.
8. Främja normalitet. Detta innebär att skapa förutsättningar för att leva ett meningsfullt liv. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012)

Sju av de åtta universella egenvårdsbehoven är relevanta i denna litteraturöversikt och kommer att kopplas till resultat i resultatdiskussionen.

METOD

Den här litteraturöversikt genomfördes av en kvalitativ ansats, där nio vetenskapliga artiklar analyserades i enlighet med Fribergs (2017) beskrivning. Författaren använde ett helikopterperspektiv som innebär att övergripande få en uppfattning om den befintliga vetenskapliga informationen inom forskningsområdet äldre personer upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

URVAL

Artiklarna vilka inkluderades i studien var av kvalitativ ansats samt *peer-reviewed*. Därutöver skulle artiklarna vara publicerade mellan år 2010–2020 och på svenska och engelska. Författaren till denna litteraturöversikt strävade efter att deltagarna i artiklarna skulle vara äldre än 65 år, varpå ”aged 65+” tillämpades. Trots denna åtgärd var åldern lägre än 65 år i några av artiklarna. Dessa inkluderades då författaren ansåg att dessa artiklar svarade på syfte. Författaren inriktade sig på äldre personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Ett exklusionskriterium var artiklar vilka jämförde mäns och kvinnors upplevelser vid hjärtsvikt.

DATAINSAMLING

Författaren genomförde sin datainsamling med hjälp av databaserna CINAHL Complete samt PubMed. Båda dessa databaser innehåller vetenskapliga artiklar inom forskningsområden omvårdnad och vårdvetenskap. Avancerad sökning tillämpades i båda databaserna. Därefter valdes att alla sökträffar i CINAHL Complete skulle vara *peer-reviewed*. Databasen PubMed möjliggör inte ett sådant val, varpå författaren själv granskade detta. Författaren använde både ämnesord samt fritextord i sökningarna. Detta gjordes med hjälp av *subject headings* i CINAHL Complete. I PubMed undersöktes ämnesord via Explore MeSH Database. Följande sökord användes: “*Heart failure*”, “*Experience*”, “*Elderly’s persons*”, “*Quality of life*”, “*Aged*”, “*Patient’s perspective*”, “*Patient’s experience*”, “*Health care*”, “*Therapy*”, “*Home health care*” samt “*Self-Care*”. För att specificera sökningen inom ämnesområdet tillämpade författaren boolesk söklogik med hjälp av sökoperatörerna *AND* och *OR*. Denna teknik underlättar sambandet mellan de utvalda sökorden, där exempelvis *AND* reducerar antal träffar (Östlundh, 2017). Kombinationer av ämnesord och fritextord tillämpades i båda databaserna (se bilaga 1).

DATAANALYS

Analysen utfördes i enlighet med Fribergs (2017) femstegsmodell. I det första steget var det relevant att läsa igenom artiklarnas sammanfattning för att kunna skapa en övergripande bild av vad som fanns inom ämnesområdet. Detta var även viktig för att kunna sortera en första avgränsning av kvalitativa artiklar, exempelvis gällande vilken grupp som borde studeras och om det finns tillräcklig forskning kring den gruppen. I andra steget av analysen avgränsade sig författaren ytterligare och var mer selektiv kring vad som inkluderades i studien och vad som exkluderades. Därutöver efter läsningen och analys av valda artiklar identifierades skillnader och likheter utifrån artiklarnas syfte, resultat, metod och analys. I det tredje steget dokumenterades och strukturerades alla data med hjälp av en översiktstabell. I detta steg skrev författaren vilka teman och subteman som återspeglades i resultatdelen. I det fjärde steget skrev författaren undertema och subteman utifrån materialet som lästes och analyserades. Författaren inriktade sig på en ytterligare djupare analys av de kvantitativa artiklarna och skrev resultaten i form av en sammanfattning vilken innebar tre teman: otillräcklig information, förändrad kropp och stöd från anhöriga och vårdpersonal. De nio inkluderade artiklarna finns beskrivna i bilaga 2. I det sista steget var analysen av arbetet färdig på ett

tydligt sätt. Efter en lång skrivperiod och flera redigeringar fick författaren en helhet av undersökningen (Friberg, 2017).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Författaren hanterade etiska aspekter, riktlinjer och principer vid val av vetenskaplig litteratur. Alla artiklarna vilka inkluderades i översikten har etiskt granskats. Urvalet av artiklar gjordes objektivt och i enlighet med studiens syfte. Författaren är medveten om sin egen förförståelse och försökte bortse från denna vid analysen. Därmed anser författaren att all forskning beaktades med respekt och integritet. Författaren har varit noga med att tydligt hänvisa till referenser i litteraturöversikten för att avhålla sig från plagiat och på det sättet öka litteraturöversiktens vetenskapliga kvalitet. Detta framhålls av Kjellström (2017), som betonar att författaren behöver visa kunskaper i forskningsetik och de kunskaperna har använts i relation till det egna arbetet. Författaren är av åsikten att arbetet genomfördes på ett etiskt sätt och att hela översikten innehåller väsentlig information (Kjellström, 2017).

RESULTAT

Analysen resulterade i tre teman: otillräcklig information, en förändrad kropp samt stöd från anhöriga och vårdpersonal.

OTILLRÄCKLIG INFORMATION

I Andersson m.fl. (2012), Nordfonn m.fl. (2019), och Klindtworth m.fl. (2015) framkom att äldre personer upplevde brist på information och kunskap om sitt tillstånd och stadium av sjukdomen. En äldre person uppgav att vårdpersonal hade vägrat att delge hen information på grund av att hen hade uttryckt rädsla. Några andra äldre personer berättade att de hade önskat mer information och stöd kring akuta situationer, såsom akut andnöd.

I Andersson m.fl. (2012) framkommer att det var svårt att komma i kontakt med vården. Några personer uppgav även att de missade uppföljningar och information med sjuksköterska på grund av de missade sitt besök på vårdcentralen. Vissa personer uttryckte även att vårdpersonalen borde utföra hembesök för egenvårdsuppföljning samt att det borde finnas hjärtsviktsspecialmottagningar inom primärvården, framför allt på vårdcentralen där det finns andra specialmottagningar såsom diabetes- och hypertoniomottagningar.

Äldre personers förväntningar på vården påverkades negativt och många upplevde att vården glömde bort dem. I samband med detta och utifrån personens perspektiv, de inte bara blev glömda utan de fick otillräcklig information och kunskap om sin nydebuterade diagnos samt hantering av hjärtsviktssymtom. Vidare i de artiklarna upplevde andra personer att denna problematik skapade osäkerhet och oro. Information och stöd om behandlingsalternativet var avgörande för att inte uppleva en känsla att vara övergivna framhävde äldre personer. De ansåg att tillräcklig information motiverade dem att ta beslut och delta i sin egen vård. Enligt Nordfonn m.fl. (2019) beskrev patienter att informationen borde vara i fokus, särskilt det som avser samordningen av behandling. En del personer upplevde att de hade lämnats till sig själva när det gällde behandlingsinstruktioner om egenvård. De fick endast ytlig kunskap om hjärtsvikt och kände sig inkompetenta för att utföra egenvård själva, alltså många efter träff med vårdpersonalen stannade med osäkerheter och oförmåga att hantera sjukdomen. Äldre personer framhöll att informationen även borde vara tillgänglig för de anhöriga som vill vara delaktiga i äldre personers omvårdnad (Anderson m.fl., 2012; Nordfonn m.fl., 2019). Några personer berättade att de hade problem med att förstå läkarens uttal och att många läkare inte behärskade språket. Det skapade tystnad och äldre personers uppfattade att de inte kunde ifrågasätta läkarens diagnos. Andra personers antog att deras symtom berodde på åldern eller var relaterade till en annan sjukdom. Enligt Anderson m.fl. (2012) beskrev personer att de missade informationen på grund av åldersrelaterat åldrande såsom nedsatt hörsel och syn.

UPPLEVELSE AV EN FÖRÄNDRAR KROPP

I en studie av Walthall, Jenkinson och Boulton (2017) om äldre personer med kronisk hjärtsvikt upplevde deltagarna andfåddhet och trötthet som stora begränsningar i sina liv. En person beskrev andfåddhet som en känsla av att inte kunna andas likaså som att drunkna. Därutöver beskrev flera andra äldre personer andfåddhet som att leva i andnöd ett obehag, slitande och tröttande liv. De flesta personer förklarade att det var särskilt svårt nattetid då sömnen påverkades av andfåddhet och hosta. Sömnkvaliteten påverkades av sjukdomens symtom och natten blev flera gånger störd. Många personers erfarenheter var att de vandrade mitt på natten och att de upplevde att sömnstörningar framkallade ett stort känslomässigt lidande. Andra upplevde att det inte fanns någon framtid, och många drabbades av panik för diagnosen och alla symtom vilka uppkom i samband med hjärtsvikten.

Det var dock flera personer som beskrev att andfåddhet inte bara förstörde sömnen utan den orsakades förändringar i alla vanliga dagliga aktiviteter såsom att äta, gå, prata eller duscha. Personer begränsade sig själva då de inte hade någon energi till att utföra aktiviteter utanför hemmet. Hjärtsviktssymtom bidrog till frustration, patienterna kände sig meningslösa, isolerade och ensamma.

Klindtworth m.fl. (2015) många äldre tyder på att det finns ett behov av kunskap kring hur de upplever fysiska och känslomässiga reaktioner vid hjärtsvikt och även att många personer borde erhålla psykologiskt stöd för att öka medvetenheten kring de risker sjukdomen medför, särskilt de risker vilka inverkar på livskvaliteten. Till följd av detta beskrev flera personer att de måste anpassa fysiska och mentala förändringar i livet för att bibehålla psykisk hälsa. Dock var det attityder och acceptans av fysiska förändringar som hjälpte dem att hantera sjukdomen. Äldre personer som accepterade sjukdomen kunde njuta av nuet, men när tillståndet försämrades återkom känslor av oro, rädsla, stress och hjälplöshet (Klindtworth m.fl., 2015; Walthall m.fl., 2017).

Äldre upplevde även att hjärtsvikt medförde nya utmaningar och därmed en ny livssituation. En utmaning var exempelvis att kunna läsa av kroppens varningssignaler. Det utlöste skuld känslor för att de inte hade förändrat sina levnadsvanor tidigare. De beskrev vidare att det inte var lätt att transcendera och acceptera sjukdomen när de flesta personer förut exempelvis kunde arbeta heltid, springa och träffa vänner. I och med livsförändringen upplevde de att energin hade försvunnit från deras liv. De var tvungna att göra andra prioriteringar i vardagen såsom att sköta medicineringen och ha fokus på symtomen. Personer upplevde att alla förändringar bidrog till en känsla av att de levde i en helt annan människa (Klindtworth m.fl., 2015; Nordfonn m.fl., 2019; Walthall m.fl., 2017).

I Pihl, Fridlund och Mårtensson (2011) en studie där äldre personer talade om hur de upplevde ett större behov av att hitta praktiska lösningar i vardagens aktiviteter, för att kunna klara av vardagen. Många accepterade att de hade en förändrad kropp med nedsatta fysiska begränsningar och var i behov av mycket stöd för att fortsätta med sina vardagliga aktiviteter. Några personer vilka inte hade hjälp hemma delade upp aktiviteter när de kände sig orkeslösa då fysiska begränsningar ledde till att aktiviteterna var tvungna att planera noggrant dagliga aktiviteter såsom matlagning, handling och trädgårdsarbete. Personer hade redan förväntat sig att åldrandet skulle medföra vissa begränsningar, och de flesta personer upplevde att de inte kunde upprätthålla sin livskvalitet. Äldre personer var även rädda för sociala begränsningar

vilka förföljde en rollförändring i äldres position i samhället, med sina vänner och även sin roll i familjen förändrades. De stora förändringarna i samband med hjärtsvikt påverkade äldres hälsa negativt och ökade deras rädsla. Äldre personer beskrev sin rädsla som en begränsning för framtiden (Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2011)

Enligt Sevilla-Cazes m.fl. (2018) talade om några äldre personer av de var avundsjuka gentemot vänner i samma ålder vilka inte led av åkommor och inte blev fysisk begränsade av någon sjukdom. En person beskrev vidare att hen kände osäkerhet, hopplöshet och frustration och denna kombination av känslor påverkade personens fysiska och emotionella kropp. Ett flertal personer i samma studie beskrev att förmågan att hantera omvårdnad och egenvård hemma blev som en kamp för dem. Vilket led till att det var en utmaning att följa rekommendationer som de hade fått från sjuksköterskan, för det första var det på grund av otillräcklig information om viktiga levnadsvanor såsom kost, vätskehantering och fysisk aktivitet. Och för det andra på grund av emotionell påverkan såsom långvarig stress, psykisk överbelastning och emotionell obalans.

Några personer hade olika bakgrund och några hade mer eller mindre kunskap om hjärtsvikt, men de uppskattade de sjuksköterskor vilka gav mer kunskap och vägledning i sjukdomsprocessen. Upplevelsen av osäkerhet bidrar till att öka patientens bekymmer och äldre framhävde att otillräcklig kunskap vid omvårdnadshantering av hjärtsvikt kan vara livsfarligt (Nordfonn m.fl., 2019; Sevilla-Cazes m.fl., 2018).

Inkongruens mellan äldre personers hantering av hjärtsvikt och symtomdebut vid hjärtsvikt ledde också till sjukhusvistelse. Då flera äldre upplevde svårigheter att identifiera fysiska symtom, särskild när de inte följde noggranna instruktioner från sin vårdgivare såsom sjuksköterska eller läkare rekommendationer. Äldre beskrev också av hur brist på egenvård hemma ledde till att de hamnade till sjukhuset, några orsaker till detta var dålig följsamhet av läkemedelshantering, dåliga kostvanor och ingen kontroll om vätskerestriktioner som de hade fått, äldre tydde på att orsaken att inte följa sin omvårdnads behandling var oftast tröttheten. Andra äldre beskrev att de hade för lite ork och helt och hållet slutade att följa sina behandlingar och egenvården. Detta bidrog i sin tur till ett försämrat hälsotillstånd vilket tvingade hjärtsvikts äldre personer till en återinläggning på sjukhuset. Personens erfarenheter och vilka hinder och resurser som finns hos äldre personer kan förhindra att de hamnar i ett akut tillstånd och därmed återkommande sjukhusvistelse (Klindtworth m.fl., 2015; Sevilla-Cazes m.fl., 2018).

Personer beskrev frustration på grund av de fysiska begränsningar vilka orsakades av hjärtsvikten. En äldre berättade att hen kände sig frustrerad när hen inte kunde äta sin favoritmat. Därutöver beskrev en annan äldre att det var frustrerande att inte kunna utföra högintensiv fysisk träning då de tidigare hade klarat av detta. Detta är exempel på vad äldre sörjer hemma när hjärtsvikt i ett avancerat stadium påverkar det dagliga livet (Sevilla-Cazes m.fl. 2018).

Några äldre personer gav uttryck för positiva upplevelser såsom att de fått goda kunskaper om hjärtsvikt i samråd med sjuksköterskan. Dessa personer hade utvecklat färdigheter vilka hjälpte dem att hantera sina emotionella känslor. Att hamna på sjukhuset väckte emotionella känslor, flera äldre personer kände sig misslyckade när de återkom till sjukhuset, särskilt när de var tvungna att vara bundna till sängen. Detta beskrev de som en känsla av att vara fångslad. Andra personer hade motsatt åsikt angående sjukhusvistelser, de berättade att de upplevde sjukhuset som en säker plats för att återhämta sig (Sevilla-Cazes m.fl. 2018).

Flera studier påvisade att personer med hjärtsvikt inte bara upplever fysiska förändringar utan även emotionella förändringar såsom att ångest har stor inverkan på och begränsar personens hälsofrämjande. Att vara äldre och leva med hjärtsvikt innebär ett känsligt emotionellt tillstånd vilket kräver en stor emotionell anpassning och acceptans (Klindtworth m.fl., 2015; Nordfonn m.fl., 2019; Sevilla-Cazes m.fl., 2018; Walthall m.fl., 2017). Några äldre upplevde att ångest och depression ledde till isolering, detta orsakades av begränsad fysisk aktivitet, då äldre inte kunde lämna hemmet och levde med rädslan att råka ut för olyckor utanför hemmet. Äldre personer förlorade kontakt med vänner och anhöriga. Begränsningar som äldre upplevde utlöste känslomässiga reaktioner vilka bidrog till andfåddhet, rädsla, ångest och depression och till slut dålig livskvalitet (Pihl m.fl., 2011).

Sömnstörningar som undersöktes i en studie av Gullvåg m.fl., (2019) orsakade besvär för äldre personer med hjärtsvikt. Äldre beskrev en känsla att vakna upp på grund av fysiskt obehag, och att hjärta dunkade snabb och för hårt, att vakna upp med dessa förnimmelser gjorde det svårt att somna om igen, en känsla av att dö uttrycktes. En annan anledning till sömnstörningar som äldre talade om var urinträngningar och användningen av diuretika var orsaken till dessa uppvaknanden. Upprepande uppvaknande av olika anledningar resulterade för de äldre i fragmenterad sömn. De beskrev också att de kände sig lika sömniga på morgonen som innan de gick och la sig på kvällen. Utmattningen kunde följa dem under dagen, de beskrev utmattningen som att något fyllde kroppen och gjorde den tung och

långsam, det var en känsla av obehag och det påverkades deras dagliga aktiviteter, då var det en kamp att hålla sig vaken och alert på dagen (Gullvåg m.fl., 2019).

BEHOV AV STÖD FRÅN ANHÖRIGA OCH VÅRDPERSONAL

I Näsström m.fl., (2017) beskrev att för flera äldre var det viktig att hålla kontakten med familjen, särskilt om partnern var delaktig i egenvårdsstödet. Detta medförde goda förutsättningar för att öva livskvaliteten även i livets slutskede. Ändå upplevde sig ett flertal äldre som en belastning för sin familj och de ville inte besvära sina nära och kära. I många fall är personers partner involverade i egenvården, vilket inverkar positivt för äldre personers välbefinnande. Ytterligare i samma studie beskrev äldre personer att många partner vill stödja dem för att det var deras plikt. Detta kan äldre personer uppleva både positivt och negativt och det kräver mentalt och fysisk styrka då alla insatser från partners sida för att stödja vardagen är tidskrävande. Äldre beskrev också att partnern behövde ha egen tid för att återhämta sig. Å andra sida tyckte några äldre att anhöriga var osäkra kring att hjälpa till med omvårdanden på grund av avsaknad av kunskap och brist om sjukdomens hantering som är betydande för att kunna ge god omvårdnad (Näsström m.fl. 2017).

I en svensk studie av Söderberg m.fl., (2015) uttryckte några äldre att det var naturligt att få hjälp från sina anhöriga och vänner, men framför allt var de tacksamma för den höga sjukvårdskvaliteten i Sverige och att de kunde vara kvar hemma med hjälp av hemsjukvården och få samtidigt stöd av familjen. Många äldre i den svenska samhället har hjälp av hemsjukvården, äldre beskrev att de upplevde att hemsjukvården har bättre organisering och planering av omvårdnaden, vilket inverkar positivt på både anhöriga och för de själva. Utöver det var äldre personer var överens och beskrev i båda studier att god kommunikation med familj är avgörande för att främja hälsan (Näsström m.fl. 2017; Söderberg m.fl., 2015). Vidare berättade äldre personer om osäkerheten, då att vara ensam hemma väckte ångest och orsakade långvarig stress. Söderberg m.fl., (2015) beskrev även att äldre personer vilka vårdades hemma kände trygghet med vårdpersonal från Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), vilka kommer till deras hem och hjälper till med omvårdnadens insatser på ett kompetent sätt. Det lindrar oro och avlastar anhöriga. För äldre att kunna leva nära sina vänner och familj i sin hemmiljö bidrar till trygghet och säkerhet. De äldre i Söderberg m.fl., (2015) uppskattade att det finns hemsjukvårdpersonal som en resurs. På så sätt behöver de

inte söka hjälp lika ofta hos vårdcentral och sjukhuset, eftersom ASIH är tillgängligt dygnet runt, ASIH hjälpte de både på avsatta tid och om en akut händelse uppstod (Söderberg m.fl. 2015). I flera studier nämndes att alla fysiska begränsningar som hjärtsviktsjukdomen framkallar minskar äldres kapacitet att utföra egenvård. Därför äldre personer upplevde att anhöriga har en central plats och anses nödvändiga för dem (Nordfonn m.fl., 2019; Näsström m.fl., 2017; Söderberg m.fl., 2015).

DISKUSSION

Detta kapitel innehåller en metoddiskussion samt en resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras metodens process utifrån dess svagheter och styrkor. Vidare i resultatdiskussionen diskuteras resultatet utifrån Dorothea Orems (2001) sju valda universella egenvårdsbehov.

METODDISKUSSION

Föreliggande litteraturöversikt hade som syfte att beskriva äldre personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Sjuksköterskan möter personer med hjärtsvikt både i primärvården och i slutenvården och litteraturöversikten är relevant för att få en djupare förståelse utifrån äldre personer erfarenheter och perspektiv. Genomförandet av en litteraturöversikt innebär att författaren söker, granskar, analyserar och sammanfattar resultatet från tidigare vetenskapliga studier.

Metoden vilken tillämpades i är en litteraturöversikt av nio kvalitativa artiklar vilka analyserades utifrån Friberg (2017). En av de nio inkluderade artiklarna tillämpade en mixad metod med både kvalitativ och kvantitativ ansats som författaren ansåg som intressant i förhållande till studiens syfte. Övriga åtta artiklar innehåller enbart kvalitativa data. De valda artiklarna speglar uppsatsens syfte och sträcker sig över området vårdvetenskap. Alla de inkluderade artiklarna samlade in data med hjälp av intervjuer, vilket är lämpligt vid användning av kvalitativ metod. Med hjälp av den Kvalitativ modell fördjupas förståelse på patientens livsvärld, upplevelser, erfarenheter, eller förväntningar och behov (Segesten, 2012). Dock hade de olika kvalitativa studierna ett färre antal deltagare. Detta kan ses som en svaghet då författaren hade bara möjlighet att fördjupa sig i få personers erfarenheter och upplevelser.

Författaren inkluderade artiklar från två olika databaser. Vid sökningarna fann författaren att flera artiklar återfinns i båda databaser och att det fanns tillräckligt med material för att börja med granskningen av artiklar. En av de inkluderade artiklarna beställdes via Högskolebibliotekets tjänster. Urvalet var snarlikt i båda databaserna, den huvudsakliga skillnaden var att PubMed inte har avgränsningen *peer-reviewed*, det vill säga att enbart vetenskapliga artiklar återfinns i resultatlistan. *Peer-reviewed* gör i stället en avgränsning på vetenskapliga tidskrifter (Östlundh, 2017). Tidsavgränsningen på tio år var relevant för denna litteraturöversikt. Det var tillräckligt med en tioårsperiod då författaren var intresserad av den senaste forskning.

Avgränsningen gjordes att de inkluderade artiklarna endast skulle vara på engelska. Detta exkluderade andra språk vilka författaren inte behärskar. Dock fann författaren i sina sökningar en artikel på svenska vilken var relevant för studiens syfte. Att använda engelska är en fördel eftersom materialet i stora databaser läggs in på engelska även om originalartikel är skriven på ett annat språk. De nämnda avgränsningarna var väsentliga då författaren tyckte att de var tillräckligt antal träffar med vetenskapligt material.

Aged 65+ valdes som urval i sökningarna. Trots detta återfanns även några artiklar vilka inkluderade patienter från 30 till 95 års ålder. För att granska artiklarna valde författaren artiklar där deltagarnas medelålder var 60 år och uppåt. Denna litteraturöversikt tillämpade inte någon avgränsning gällande kön. Det saknar likheter och skillnader mellan äldre män och kvinnor upplevelser relaterad till hjärtsvikt.

Litteraturöversikten begränsades till vissa specifika geografiska områden. De inkluderade artiklarna är från Sverige, Tyskland, Norge, Storbritannien och USA. Däremot exkluderades vissa länder i andra kontinenter på grund av kulturella och socioekonomiska skillnader. Däremot anser författaren att det möjligtvis hade gett ett bredare perspektiv på den äldres upplevelser i andra kontinenter. Socioekonomiska problem och olika sjukvårdssystem kan påverka patientens upplevelser av att hantera hjärtsvikt. På grund av detta valde författaren att inte inrikta sig på socioekonomiska aspekter i resultatet.

Författaren arbetade ensam med denna litteraturöversikt. Detta kan anses vara såväl en svaghet som en styrka. Det kan vara en styrka i och med att det endast är en individ som ansvarar för arbetet och kan ändra dess innehåll. Trots detta saknade författaren en partner, i

processen och framför allt i resultatdiskussionen för att diskutera hur informationen skulle tolkas av någon annan. Detta kan ha påverkat resultatet, även om författaren lagt sin egen förståelse åt sidan och strävat efter att vara objektiv under hela arbetets gång.

RESULTATDISKUSSION

Information nödvändigt för att kunna utföra egenvård

Ett resultat var att äldre personer saknades kunskap om hjärtsvikt. Många äldre beskrev att de inte hade fått tillräcklig kunskap om sjukdomens symtom, därför uppkom svårigheter att hantera egenvård hemma. Currie, Strachan, Spaling, Harkness, Barber och Clark (2015) påtalar i en studie att det finns hinder som äldre upplever angående egenvård av hjärtsvikt i hemmet, vilka bidrar till att egenvården blir ineffektiv, bland annat bristfällig kommunikation, brist på information och bristande vårdkontinuitet. Resultatet beskriver också att brist på information skapar osäkerheter hos äldre personer som kom hem med oklar bild av sjukdomen, och som inte kunde särskilja mellan sjukdomens symtom och åldrandet.

Vårdpersonalen i primärvården eller slutenvården bör etablera goda relationer med sina patienter för att kunna överföra information på effektivt sätt. God kommunikation mellan vårdpersonal och patienter är en förutsättning för säker vård. Currie m.fl. (2015) framhäver vikten av patientutbildning för egenvård, då många personer tror att symtomen tillhör ålder och inte sjukdomen. Enligt den etiska koden för sjuksköterskor (ICN, 2014) ska sjuksköterskan skapa en relation med patienten vilken baseras på ett bra bemötande och en empatisk förmåga, vilket utgör en bro mellan sjuksköterskan och patienten. Inom sjuksköterskans kompetens ingår att ge rätt information till patienter, att identifiera om patienten kommer att klara hantering av egenvården hemma samt att kunna ge information för att förebygga risker, såsom en hälsosam livsstil och levnadsvanor anpassade till patientens behov och tillstånd. Detta är i enlighet med Orems sjunde egenvårdsbehov vilket beskrivs i Wiklund Gustin och Lindwall (2012). Det ingår i sjuksköterskans arbete *att förebygga risker* och innebär att med hjälp av kunskap kan patienten reflektera över sin livsstil och vilka levnadsvanor som är skadliga för den egna hälsan. Författaren tolkar att äldre personer upplever behov av en användbar kunskap och färdigheter i sin egenvårdsprocess. Om äldre personer får den rätta kunskapen bidrar detta till att personer upplever en känsla av att ha kontroll över sin sjukdom (Hägglund, Strömberg, Hagerman & Lyngå, 2019).

Fysisk och emotionell påverkan

I resultatet framkom hur fysiska begränsningar hos äldre personer påverkar deras livskvalitet. Hägglund, Strömberg, Hagerman och Lyngå (2019) redogör för att fysiska förändringar såsom vätskeansamling, är en av de synliga fysiska påverkningarna vilken kräver egenvård. Vidare framhäver Austin, Williams och Hutchison (2012) i en studie att trötthet och andnöd hör till de vanligaste symtomen äldre personer med hjärtsvikt upplever. Trötthet är relaterat till smärtan och har en negativ inverkan på äldre personers egenvårdsförmåga. Flera universella egenvårdsbehov vilka beskrivs i Orem (2001) exempelvis att upprätthålla fysiska symtom och fysisk påverkan vid hjärtsvikt i, såsom egenvårdsbehov två *att upprätthålla adekvat vätskeintag* för att åtgärda vätskeansamlingen, egenvårdsbehov fem *att planera fysiska aktiviteter* anpassade till personers förutsättningar, egenvårdsbehov tre *att upprätthålla ett adekvat näringsintag* då äldre personer med hjärtsvikt behöver en näringsrik kost samt egenvårdsbehov fyra vilket innebär *omvårdnaden med avseende på elimination* där äldre med hjärtsvikt behöver uppmärksammas på grund av sina fysiska begränsningar och mediciner som är en stor skäl till förstoppning. Kosten kan underlätta eliminationen, att ändra kostvanor är en vanlig omvårdnadsåtgärd hos äldre personer med hjärtsvikt. Dessa egenvårdsbehov förhindrar hälsoproblem och skapar fysisk balans i kroppen vilket kan vara adekvat för äldre personer med hjärtsvikt vilka drabbas av många fysiska besvär. Författaren tolkar att sjuksköterskan bör skapa ett individuellt träningsprogram vilket är lämpligt för äldre personer med hjärtsvikt utifrån personers egna förutsättningar. Därutöver bör sjuksköterskan uppmuntra äldre personer att följa rekommendationerna kring egenvård. Att äldre personer inte kan hantera sina fysiska begränsningar leder till misslyckande och skapar osäkerhet kring att göra livsförändringar. Därför med stöd, uppmuntran och vägledning av sjuksköterskan kan säkerhet inför nya färdigheter för att klara av vardagen och dagliga aktiviteter uppnås (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Det framkom i resultatet att äldre personer upplever emotionella negativa känslor främst på grund av de har svårt att acceptera sin diagnos. De vanligaste känslomässiga reaktionerna är rädsla, ilska, osäkerhet samt irritation. Äldre personer upplever att de har tappat sin roll i familjen och i samhället. Detta framhävs också i en studie av Thornhill, Lyons, Nouwen, och Lip (2008), där äldre personer beskriver sina negativa känslor i förhållande till depression och anses att depression leder till fysiska och psykiska begränsningar. Det sjätte och det åttonde universella egenvårdsbehovet utifrån Orem (2001) teori handlar om *att främja normalitet* och *upprätthålla balans mellan ensamhet och social interaktion*. Det är sjuksköterskan som bör

vara lyhörd för att kunna skapa sociala strategier tillsammans och utifrån äldre personers önskemål. Därför bör äldre personer hitta aktiviteter vilka kan vara adekvata och intressanta att utföra med sina anhöriga eller vänner detta gör att äldre personer kan uppleva motivation i vardagen, och att vardagen blir meningsfull och fungerande. Därutöver bör sjuksköterskan upplysa äldre personer vikten av att göra meningsfulla aktiviteter och vikten av att äldre med hjärtsvikt håller kontakt med sina vänner och familj för att de ska kunna hitta balansen i det mänskliga kontaktnätverket (Wiklund & Lindwall, 2012).

Äldre personers behov av stöd från ahöriga och vårdpersonal

Ett intressant resultat utifrån denna litteraturöversikt är att äldre personer med hjärtsvikt ofta har behov av stöd, antingen från anhöriga eller hälso- och sjukvårdspersonalen vilka kommer hem till dem och stödjer dem gällande omvårdnad och rådgivning. Detta stärks av Hellström-Ängerud, Boman och Brännström (2018), vilka framhäver att äldre personer med hjärtsvikt uppskattar kontakten med vårdpersonalen i hemmet. Detta gäller särskilt de personer vilka bara får hjälp från sin familj, andra personer vilka får hjälp av hemsjukvården upplever sig mer säkra angående egenvården i hemmet. Trygghet bidrar till anhörigas emotionella välbefinnande, det är därför viktigt att ha en tydlig syn på hur anhörigas och familjemedlemmars påverkas när de vårdar äldre personer med hjärtsvikt. Sverige har ett sjukvårdssystem vilket är välfungerande och i stort sett finansernas genom skatteintäkter. Besöket på vårdcentralen och sjukhuset kostar en liten summa, men det är relativt billigt i jämförelse med sjukvårdssystemet i andra länder vilka huvudsakligen har privat vård. I många länder kan de ekonomiska förutsättningar betraktas för att vara ett hinder som begränsar patienters förmåga att söka efter vård.

I Andersson m.fl., (2012) en studie som användes i resultatet framkom av att det finns behov av flera hjärtsviktspecialistmottagningar inom primärvården för att stärka och öka patientsäkerhet, framför allt skulle detta underlätta till äldre med hjärtsvikt att få en mer utvecklad och kompetent information och behandling om hjärtsvikt. En studie av Masters, Barton, Blue och Welstand (2019) påvisar att Storbritannien sedan 2015 har ökat antalet utbildade sjuksköterskor inom hjärtsvikt. Sjuksköterskor vilka har kompetens och kunskap stödjer samt följer patienters behandling och håller dem borta från sjukhuset. Detta leder också till en minskad kostnad för hjärtsvikt i samhället. Att ha sjuksköterskor specialiserade på hjärtsvikt leder till en positiv inverkan på livskvaliteten för både patienter och vårdpersonal. Patienter vilka inte får hjälp med sin behandling och omvårdnad försämras

snabbare samt löper ökad risk för sjukhusinläggning och i många fall att dö (Masters, Barton, Blue & Welstand, 2019). Författaren tolkar utifrån detta resultat att det är viktigt att sjuksköterskan läser vidare en specialisering. Genom kompetent utbildning kan sjuksköterskor förbättra behandlingen och hanteringen av äldre personer med hjärtsvikt. Specialistutbildade sjuksköterskor kan identifiera äldre personers behov och erbjuda rätt behandling utifrån personers förutsättningar, samt reducera arbetsbelastningen för allmänläkare särskild inom primärvården och inverka positivt på livskvaliteten och livslängden hos äldre personer med hjärtsvikt.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Denna litteraturöversikt hade som avsikt att beskriva äldre personer upplevelse av att leva med hjärtsvikt och hur de hanterar vardagen med hjärtsvikt utifrån tidigare forskning. Nyutbildade sjuksköterskor kan dra nytta av översikten för att bemöta äldre med hjärtsvikt inom de olika vårdverksamheterna. Litteraturöversikten kan även användas som kunskapsunderlag för att få en djupare förståelse kring vad äldre personer med hjärtsvikt upplever under sin sjukdomsprocess. Resultatet påvisar att sjuksköterskan bör prioritera hur informationen ges i mötet med äldre personer. Det är avgörande att äldre personer får korrekt kunskap kring sin sjukdom; det bidrar till en bättre förståelse kring sjukdomen och dess hantering i hemmet samt ökar patientsäkerheten. Egenvården vid hjärtsvikt bör alltid vara personcentrerad, då alla individer är unika och har olika vårdbehov. Sjuksköterskan bör sträva efter att identifiera äldre personer förutsättningar för att utföra egenvården hemma.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

I studiens resultat framkom att det finns brister i kommunikation mellan vårdgivare och patienten. Det kan behövas ytterligare forskning för att få en bredare förståelse kring att förbättra strategier kring hur information bör ges till äldre personer med hjärtsvikt. Därutöver hade det även varit av intresse att undersöka upplevelser av äldre personer med hjärtsvikt utifrån anhörigas perspektiv, då anhöriga enligt studiens resultat har en positiv inverkan på äldre personers välbefinnande. I resultatet beaktades äldre personers upplevelser av att få stöd och det framkom att många hade hjälp av hemsjukvården och hemtjänst. Det hade därför varit intressant att undersöka hur hemsjukvårdpersonalen upplever möten med äldre personer med hjärtsvikt i äldre personers hemmiljö.

SLUTSATS

Utifrån studiens resultat konkluderas att äldre personer med hjärtsvikt upplever att det finns brister i vården såsom brist på information om sjukdomen. Äldre personer upplever sig utlämnade och många beskriver att de återvände hem med osäkerhet, vilket medför oro angående hjärtsvikten och deras tillstånd. Äldre personer har ett behov av att få hjälp med stöd och vägledning från sjuksköterskan. Därutöver behövs det skapas strategier för att förbättra den personcentrerade omvårdnaden. Utifrån resultatet konkluderas även att äldre personer upplever fysiska begräsningar vilka orsakas av sjukdomens symtom. Därutöver medför sjukdomen även emotionella påfrestningar vilka påverkar välbefinnandet. Att sjuksköterskor får mer kunskap om hur äldre personer upplever sin sjukdom bidrar till att skapa bättre strategier för att förbättra äldre personers livskvalitet.

REFERENSFÖRTECKNING

- Austin, J., Williams, W. R., & Hutchison, S. (2012). Patterns of fatigue in elderly heart failure patients measured by a quality of life scale (Minnesota living with heart failure). *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 11(4), 439–44. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.04.002>
- American Heart Association. (2017). *Classes of Heart Failure*, Hämtad 20 februari, 2021 från <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>
- *Andersson, L., Eriksson, I., & Nordgren, L. (2012). Living with heart failure without realising: a qualitative patient study. *British journal of community nursing*, 17(12), 630–637. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2012.17.12.630>
- Currie, K., Strachan, P. H., Spalin, M., Harkness, K., Barber, D., & Clark, A. M. (2015). The importance 24 interactions between patients and healthcare professionals for heart failure self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 14(6), 525–535. <https://doi.org/10.1177/1474515114547648>
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (2. Uppl., s. 221–226). Liber.
- Ericson, E., & Ericson, T. M. (2012). *Medicinska sjukdomar specifik omvårdnad medicinsk behandling patofysiologi* (4 uppl.). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Att göra litteraturöversikt. I F. Friberg. (Red), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. Uppl., s. 141–152). Studentlitteratur.
- Gullvåg, M., Gjeilo, K. H., Fållun, N., Norekvål, T. M., Mo, R., & Broström, A. (2019). Sleepless nights and sleepy days: a qualitative study exploring the experiences of patients with chronic heart failure and newly verified sleep-disordered breathing. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 750–759. <https://doi.org/10.1111/scs.12672>
- Hellström, K., Boman, K., & Brännström, M. (2018). Areas for quality improvements in heart failure care: quality of care from the family members' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 346–353. <https://doi.org/10.1111/scs.12468>
- Hägglund, E., Strömberg, A., Hagerman, I., & Lyngå, P. (2019). Theory testing of patient perspectives using a mobile health technology system in heart failure self-care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(6), 448–453. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000595>

- International Council of Nursing. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 8 mars, 2021 från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>
- Isaksen, K., Munk, P. S., Giske, R., & Larsen, A. I. (2016). Effects of aerobic interval training on measures of anxiety, depression and quality of life in patients with ischaemic heart failure and an implantable cardioverter defibrillator: a prospective non-randomized trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(3), 300–6. <https://doi.org/10.2340/16501977-2043>
- Josefsson, K. & Eriksson, H. (2008). *Äldre personers hälsa, levnadsvanor och livsvillkor: Liv & hälsa 2008 Södermanlands och Örebro län*. Örebro läns landsting. Hämtad 21 februari, 2021 från https://www.researchgate.net/publication/265085991_Aldre_personers_halsa_levnads_vanor_och_livsvillkor
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. Uppl. s. 57–77). Studentlitteratur.
- *Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. *BMC geriatrics*, 15, 125. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0124-y>
- Lee, D. A., Maxwell, C. A., & Miller, S. (2021). “This Is Me!” Perceptions of Older Adult Simulated Participants in an Aging and Injury Simulation Experience. *Journal of Trauma Nursing*, 28(1), 10–20. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1097/JTN.0000000000000552>
- Malhotra, C., Cheng Sim Wong, G., Tan, B. C., Ng, C. S. H., Lee, N. C., Lau, C. S. L., Sim, D. K. L., & Finkelstein, E. A. (2016). Living with heart failure: Perspectives of patients from Singapore. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(2), 92–97. <https://doi.org/10.1177/2010105815624121>
- Masters, J., Barton, C., Blue, L., & Welstand, J. (2019). Increasing the heart failure nursing workforce: recommendations by the British Society for Heart Failure Nurse Forum. *British Journal of Cardiac Nursing*, 14(11), 1–12. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.12968/bjca.2019.0109>
- *Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., & Husebø, A. (2019). Patients' experience with heart failure treatment and self-care-A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1782–1793. <https://doi.org/10.1111/jocn.14799>
- Nygren, B., & Lundman, B. (2014). Åldrande och att vara gammal. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s. 153–174). Studentlitteratur.

- *Näsström, L., Luttik, M. L., Idvall, E., & Strömberg, A. (2017). Exploring partners' perspectives on participation in heart failure home care: a mixed-method design. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 73(5), 1208–1219. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jan.13216>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Paradis, V., Cossette, S., Frasure-Smith, N., Heppell, S. & Guertin, M. (2010). The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 130-141. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c52497>
- *Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 3–11. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x>
- Region Östergötland. (2010). *Att åldras i Östergötland: 65 år och äldre* [Broschyr]. Landstingen. https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/upload/Landstningsgem%20dok/FHVC/Rapport_orange.pdf
- Seah, A. C. W., Tan, K. K., Huang Gan, J. C., & Wang, W. (2016). Experiences of patients living with heart failure: a descriptive qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(4), 392–399. <https://doi.org/10.1177/1043659615573840>
- Segesten, K. (2012). Att välja ämnen och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg. (Red), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. Uppl., s. 97–100). Studentlitteratur.
- *Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F. S., Bowles, K. H., Jaskowiak, A., Gallagher, T., Goldberg, L. R., & Kimmel, S. E. (2018). Heart failure home management challenges and reasons for readmission: a qualitative study to understand the patient's perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), 1700–1707. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4542-3>
- Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2016). *Säker vård - en kärnkompetens för vården samtliga professioner*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd964/1584345995743/saker%20vard%202016.pdf>
- Socialstyrelsen (2017). *Socialstyrelsen föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård* (SOSFS 2009:6). Hämtad 20 februari, 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård – Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen. Hämtad 25 oktober, 2022 från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Sundin, K., Bruce, E., & Barremo, A. S. (2010). Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5064>

*Söderberg, A., Karlsson, M. R., & Löfvenmark, C. (2015). Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet. Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(4), 203–209. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177/0107408315587800>

Thornhill, K., Lyons, A. C., Nouwen, A., & Lip, G. Y. H. (2008). Experiences of living with congestive heart failure: a qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 155–175. <https://doi.org/10.1348/135910706X170983>

*Walthall, H., Jenkinson, C., & Boulton, M. (2017). Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 26(13-14), 2036–2044. <https://doi.org/10.1111/jocn.13615>

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & kultur.

World Health Organization. (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 Uppl., s. 59–82). Studentlitteratur.

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Ange antal valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Pub Med	“Aged” AND “Quality of Life” AND “Heart Failure” AND “Patients experiences”	94	English language, 2010 – 2020 years publications date, aged: 65+ years.	13	4	Walthall, H. m.fl. (2017).
Pub Med	“Patients experiences” AND “Self-Care” AND “Heart Failure”	58	English language, 2010 – 2020 years publications date, aged: 65+ years.	10	2	Klindtworth, K. m.fl. (2015).
Pub Med	“Aged” AND "Elderly" experiences” OR "Patients' experiences” AND “Heart Failure” AND “Quality of life”	152	English language, 2010–2020 years publications, aged: 65+ years.	15	5	Nordfonn, O. K. m.fl. (2019).
CINAHL complete	“Heart Failure” AND “Patients' experiences”	52	Peer Reviewed, English language,	8	2	Andersson, L. m.fl. (2012).

	AND “Quality of Life”		2010- 2020, aged: 65+ years.			
CINAHL complete	“Patients’ perspectives” AND “Health care” AND “Heart Failure”	60	Peer Reviewed, English language, 2010- 2020, aged: 65+ years.	10	4	Söderberg, A. m.fl. (2015). Gullvåg, M. m.fl. (2019)
CINAHL complete	“Aged” AND “Quality of Life” AND “Patients’ experiences” AND “Heart Failure”	52	Peer Reviewed, English language, 2010–2020.	7	3	Näsström, L. m.fl. (2017). Pihl, E. m.fl. (2011).
CINAHL complete	“Home Health Care” AND “Therapy” AND “Heart Failure”	69	Peer Reviewed, English language, 2010- 2020, aged: 65+ years.	12	2	Sevilla- Cazes, J. M.fl. (2018).

BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Andersson, L., Eriksson, I., & Nordgren L.	Living with heart failure without realising: a qualitative patient study.	År: 2012 Land: Sverige Tidskrift: British Journal of Community Nursing	Att beskriva hur personer med hjärtsvikt upplever stöd inom svensk primärvård.	Metod: Kvalitativ Urval: 11 deltagare, medelålder 77 år Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Analys: Kvalitativ innehållsanalys	Resultatet visade att deltagarna upplever som att de inte får tillräcklig information om sin sjukdom. Deltagarna tror att deras symtom orsakas av normalt åldrande. Utifrån deltagarna perspektiv upplever de att brist på information från primärvården gör att de känner sig övergivna, och en frånvarande kommunikation från läkarens sida ökar tystnaden.
Gullvåg, M., Gjeilo, K. H., Fålun, N.,	Sleepless nights and sleepy days: a qualitative study	År: 2019 Land: Norge	Att utforska hur nyligen verifierad sömnstörning upplevs	Metod: Kvalitativ Urval: 14 deltagare, mellan 41–80 år	Personer med kronisk hjärtsvikt i denna studie beskrev sina upplevelser av sömnstörningar som

Norekvål, T. M., Mo, R., & Broström, A.	exploring the experiences of patients with chronic heart failure and newly verified sleep-disordered breathing.	Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences	av personer med kronisk hjärtsvikt.	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Kvalitativ innehållsanalys	resulterade i konsekvenser för deras dagliga liv och deras partner. Patienter beskrev att dålig sömn nattetid var grunden till tröttheten och orkeslöshet dagen efter klarade de inte sina aktiviteter och det påverkades även partners rutiner.
Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N.	Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life.	År: 2015 Land: Tyskland Tidskrift: BMC Geriatrics	Att förstå hur äldre och mycket äldre personer med avancerad hjärtsvikt uppfattar sin sjukdom samt att identifiera deras medicinska, psykosociala och informationsbehov med fokus på sista fasen i livet.	Metod: Kvalitativ Urval: 25 deltagare, medelålder 85 år Datainsamling: Intervjuer. Analys: Grundad teori	Resultat visade att äldre personer upplever hjärtsvikt som en livsbegränsad sjukdom. Funktionella begränsningar påverkar det dagliga livet. Att patienten saknar tillräcklig kunskap om diagnos och sjukdom, och det finns behov till förbättrad interaktion med vårdpersonalen.
Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., & Husebø, A.	Patients' experience with heart failure treatment and self-care – A qualitative study exploring the burden of treatment.	År: 2019 Land: Norge Tidskrift: Journal of Clinical Nursing	Att utforska kronisk hjärtsvikt från patientens uppfattningar om påfrestningar i relation till behandling och egenvård.	Metod: Kvalitativ Urval: 17 deltagare, medelålder 65 år Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Innehållsanalys	Två viktiga området kom fram: den emotionella utmaningen och den besvärliga egenvården. Patienter med hjärtsvikt kämpar med känslomässiga utmaningar och det påverkar egenvårdsförmågan och livskvalitet negativt.
Näsström, L., Luttik, M. L.,	Exploring partners' perspectives on participation in heart	År: 2017 Land: Sverige	Beskriva partners och patientens perspektiv om deltagande av	Metod: Mixad metod Urval: 15 deltagare	Studiens resultat avslöjade att deltagare upplevde att deras partner hade olika nivåer av kunskap. Efter

Idvall, E., & Strömberg, A.	failure home care: a mixed-method design.	Tidskrift: Journal of Advanced Nursing	omvårdnad i patientens med hjärtsvikt som behandlas hemma.	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Innehållsanalys och statistisk analys	en patient och anhörigutbildning, upplevde deltagarna att deras partner fått en bredare förståelse för vårdbehovet och sjukdomsförloppet. Några deltagare upplevde rädsla för de högra vårdkrav som sjukdomen kräver från partners sida.
Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J.	Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis	År: 2011 Land: Sverige Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences	Syften med studie var att beskriva hur personer som lider av kronisk hjärtsvikt uppfattade sina fysiska begränsningar i det dagliga livet.	Metod: Kvalitativ Urval: 15 deltagare, medelålder 76 år Datainsamling: Intervjuer med öppna frågor Analys: Fenomenografisk analys	Personerna hittade lösningar för att hantera sina dagliga aktiviteter, för att upprätthålla funktioner och stärka sin fysiska förmåga. Sjukdomen begränsade personerna att utföra dagliga aktiviteter. Många upplevde rädsla att ha förlorat sin position i samhället och familjen på grund av sin begränsade fysiska förmåga.
Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F. S., Bowles, K. H., Jaskowiak, A., Gallagher, T., Goldberg, L. R., & Kimmel, S. E.	Heart failure home management challenges and reasons for readmission: a qualitative study to understand the patient's perspective	År: 2018 Land: USA Tidskrift: Journal of General Internal Medicine	Att förstå personer och vårdgivarens utmaningar till att hantera hjärtsvikt i patientens hem och vilka skäl som beskrivs för att återkomma till sjukhuset.	Metod: Kvalitativ Urval: 31 deltagare, medianålder 60 år Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Grundad teori	Deltagare avslöjade en kombination av fysisk och socioemotionell påverkan. Deltagarna beskrev osäkerhet av otydlig information från vårdpersonal, Denna skapade otrygghet och försämrade deltagarnas kompetens att fatta beslut i sin egenvård hemma vilket resulterade i begränsningar och minskade deltagarnas livskvalitet.

					När deltagarna försämrades och hamnade på sjukhuset ansåg de att sjukhuset var säkrare än att vara hemma, för att de där kunde få en kompetent vård.
Söderberg, A., Karlsson, M. R., & Löfvenmark, C.	Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet...Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care.	År: 2015 Land: Sverige Tidskrift: Nordic Journal of Nursing Research	Syfte med studien var att beskriva upplevelsen av trygghet och otrygghet hos patienter med kronisk hjärtsvikt som behandlas med hemsjukvården (ASIH) i en stad i Sverige.	Metod: Kvalitativ Urval: 8 deltagare, mellan 59–91 år Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Tematisk analys	Patienter upplevde trygghet av få vårdats i hemmet av ASIH. Patienterna fick möjlighet att få kompetentvård dygnet runt. Att få kontinuitet med samma personal samt att vården utgår från deras perspektiv ökade känslan av trygghet.
Walthall, H., Jenkinson, C., & Boulton, M.	Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study	År: 2017 Land: Storbritannien Tidskrift: Journal of Clinical Nursing	Att utforska hur patienter med kronisk hjärtsvikt beskriver sina upplevelser av andfäddhet i det dagliga livet och hur de anpassar sig för att hantera dessa symtom.	Metod: Kvalitativ Urval: 25 deltagare, medelålder 76 år Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys	Hälso- och sjukvårdspersonalen måste ta hänsyn till varje patient. Personlig bedömning av hur sjukdomen påverkar deras liv och förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet samt strategier för egenvård måste utvecklas för att undvika sjukhusvård och dödsrisk.