

## **PATIENTERS UPPLEVELSER AV ATT LEVA MED HJÄRTSVIKT**

En litteraturöversikt

## **PATIENTS' EXPERIENCES OF LIVING WITH HEART FAILURE**

A review of the literature

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2020

Författare: Rebecca Landén

## SAMMANFATTNING

Titel:	Patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt.
Författare:	Landén, Rebecca
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Bergman, Karin
Examinator:	Westin, Lars
Sidor:	25
Nyckelord:	Hjärtsvikt, levande, patient, upplevelser, symtom.

---

**Bakgrund:** I Sverige lever ungefär två procent av befolkningen med hjärtsvikt. Hjärtsvikt är en obotlig sjukdom som har en dålig prognos som jämförs med cancer. **Syfte:** Att belysa och sammanställa forskning som beskriver patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt. **Metod:** Denna studie är en litteraturöversikt som fokuserar på genomförda studier som är vetenskapligt granskade. **Resultat:** Två teman framkom vilket var begränsat liv och förändrat liv. Nio subteman skapades var att aldrig vara utvilad, att känna sig kvävd, att inte våga somna, att känna sig fångslad, förändrad livsstil, en oviss framtid, glädjen försvinner, att ge kontrollen till någon annan och att kunna gå vidare med livet. **Konklusion:** Hjärtsvikt begränsar patienters liv de fysiska begränsningar som är på grund av främst andfåddhet samt trötthet. Hjärtsvikt förändrar patienters liv genom att få en annan livsstil samt att de blir påverkade emotionellt som leder till minskad livskvalitet. Sjuksköterskor kan med denna kunskap få en ökad förståelse hur det är att leva med hjärtsvikt för att därigenom kunna ge en mer personcentrerad vård.

## ABSTRACT

Title: Patients' experiences of living with heart failure.

Author: Landén, Rebecca

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Bergman, Karin

Examiner: Westin, Lars

Pages: 25

Keywords: Heart failure, experiences, living, symptoms, patient

---

**Background:** In Sweden, approximately two percent of the population lives with heart failure. Heart failure is an incurable disease that has a bad prognosis and compared to cancer. **Purpose:** To elucidate and compile research that describes patients' experiences of living with heart failure. **Method:** This study is a Literature Review that focuses on studies that have been scientifically reviewed. **Results:** Two themes were found that were limited lives and changed lives. Nine sub-themes created were, to never be rested, to feel suffocated, to not dare fall asleep, living in prison, changed lifestyle, uncertain the future, the joy that disappears, to give control to someone else and to move on with life. **Conclusion:** Heart failure limits patient' lives to the physical limitations that are mainly due to dyspnea and fatigue. Heart failure changes patients by changing their lifestyle and being emotionally affected which leads to reduced quality of life. With this knowledge, nurses can gain an increased understanding of what it is to live with heart failure, thereby being able to provide more person-centered care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Hjärtsvikt .....	1
NYHA-klassificering .....	2
Diagnostik .....	2
Behandling .....	2
Farmakologisk behandling .....	2
Andra behandlingar vid hjärtsvikt .....	3
Icke farmakologisk behandling .....	3
Omvårdnadsteoretiska begrepp .....	4
Delaktighet .....	4
Hälsa och välbefinnande .....	4
Livskvalitet .....	4
Sjuksköterskans ansvarsområde .....	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Analys .....	8
Etiska överväganden .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Ett begränsat liv .....	9
Att aldrig vara utvilad .....	9
Att känna sig kvävd .....	10
Att inte våga somna .....	11
Att känna sig fångslad .....	11
Ett förändrat liv .....	12
Förändrad livsstil .....	12
En oviss framtid .....	12
Glädjen försvinner .....	13
Att ge kontrollen till någon annan .....	13
Att kunna gå vidare med livet .....	14
Resultatsammanfattning .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
Metoddiskussion .....	16
Resultatdiskussion .....	17
Konklusion .....	19
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet .....	19
<b>REFERENSER</b> .....	<b>20</b>

## **BILAGOR**

1. Översiktstabell över sökningar
2. Granskningsmall av kvalitativa studier
3. Översiktstabell över artiklar

## **INLEDNING**

En av de vanligaste orsakerna till att personer blir inlagda på sjukhus är på grund av sjukdomen hjärtsvikt. Sjukdomen är allvarlig och är associerat med hög dödlighet vilket kan ge betydande sämre livskvalitet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2019). Hjärtsvikt innebär att hjärtats pumpförmåga inte kan försörja kroppen med tillräckligt med blod (Ericson & Ericson, 2012). Det beräknas vara 180 000 - 350 000 personer med hjärtsvikt i Sverige vilket motsvarar två procent av befolkningen (Socialstyrelsen, 2018). Prognosen för hjärtsvikt är inte god och är en obotlig sjukdom. Sjukdomen innebär en livslång farmakologisk och icke farmakologisk behandling. Sjukdomen orsakar ett fysiskt och psykiskt lidande som är associerat med depressiva symtom. Hjärtsvikt påverkar livskvaliteten för patienter eftersom sjukdomen innebär en del livsförändringar. Sjuksköterskor möter denna patientgrupp varje dag och därför är det fördelaktigt för sjuksköterskor att ha en större förståelse för dessa patienter, och hur deras upplevelse är att leva med sjukdomen. För att kunna ge personcentrerad vård behövs det mer kunskap vilket kan skapa bättre förutsättningar för patienter som drabbats av hjärtsvikt. Därför kommer fokus för denna studie att belysa den kunskap som finns gällande patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

## **BAKGRUND**

### **Hjärtsvikt**

Hjärtsvikt innebär att hjärtat inte har förmågan att pumpa ut tillräckligt med blod för att kunna förse kroppen med adekvat blodförsörjning i vävnader samt organ. När syrehalten blir låg i vävnaderna ökar slagkraften samt hjärtfrekvensen vilket belastar hjärtat. Hjärtsvikt är vanligast hos äldre individer, men hjärtsvikt förekommer i alla åldrar. Beroende på bakomliggande orsak kan sjukdomen komma smygande eller hastigt, men symtomen kan vara svårtolkade. Hjärtsvikten ger symtom som bland annat ödem, andfåddhet samt trötthet (Wikström, 2014). Kroppen kan inte upprätthålla den fysiska prestationsförmågan eftersom hjärtat inte förmår hjärnan och musklerna tillräckligt med syre. Den försämrade pumpförmågan i vänster kammare ger ett ökat fyllnadstryck som sprider sig bakåt i vänster förmak och i lungkretsloppet (Strömberg, 2014). Det är en bakomliggande sjukdom som orsakar hjärtsvikt (SBU, 2007). De flesta hjärtsjukdomar kan resultera till hjärtsvikt och de vanligaste orsakerna är ischemisk hjärtsjukdom, hypertoni, men även hjärtinfarkt som skadar hjärtmuskeln. Långvarig hjärtsvikt påverkar även andra organ som njurar, hjärnan samt skelettmuskulaturen. Det är vanligt med upprepade behov av sjukhusvård vilket påverkar livskvaliteten (Mårtensson, 2012).

## **NYHA-klassificering**

Hjärtsvikt delas in i fyra NYHA klassificeringar. NYHA står för New York Heart Association vilket är ett system för att dela in allvarlighetsgraden av hjärtsvikt. NYHA I är första graden och ger inga symtom eller begränsningar. NYHA II ger inga begränsningar vid vila. Patienter med NYHA II upplever andfåddhet och trötthet vid fysisk aktivitet av mer än måttlig grad. NYHA III, medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet. NYHA IV, svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet i vila eller i minimal ansträngning. Patienter med NYHA IV är ofta bunden till säng eller stol (Socialstyrelsen, 2018). NYHA är även ett mätinstrument för livskvaliteten hos personer med hjärtsvikt (Mårtensson 2012).

## **Diagnostik**

För att fastställa diagnosen hjärtsvikt behövs patientens anamnes, blodprover, elektrokardiografi och ultraljudsundersökning (Socialstyrelsen, 2018). Kontroll av patientens hjärtfrekvens, andningsfrekvens, auskultation av lungor och kroppsvikt ingår i undersökningen. Anamnesen skall innefatta patientens symtom som till exempel ödem, dyspné, bröstsmärta (Ericson & Ericson, 2012). Ett normalt elektrokardiografi (EKG) är ytterst ovanligt vid hjärtsvikt (Läkemedelsverket, 2006). Via blodprov kan natriuretiska peptider analyseras om eventuella förhöjda värden finns av dessa (Socialstyrelsen, 2018; Ericson & Ericson, 2012). Natriuretiska peptider produceras i ökad mängd när hjärtats kammarmuskulatur är belastad. Att analysera detta ger svar inom 15 minuter vilket underlättar diagnoseringen. Vid förhöjt värde undersöks hjärtfunktionen med ett ekokardiografi (SBU, 2006). Peptider påverkar njurarna genom att öka urinproduktionen och utsöndringen av natrium vilket minskar belastningen på hjärtat (Ericson & Ericson, 2012). Ultraljud av hjärtats muskler visar myokardiets rörelser. Via ultraljudet kan ejektionsfraktion undersökas vilket mäter den systoliska funktionen (Ericson & Ericson, 2012).

## **Behandling**

Hjärtsvikt har inte den godaste prognosen och jämförs med samma prognos som cancer. Hjärtsvikt är ett tillstånd med hög mortalitet och påverkar patientens livskvalite. För att förlänga patientens överlevnad finns det farmakologisk behandling som är livslång. Den farmakologiska behandlingen innefattar läkemedel samt kirurgiska ingrepp. Den icke-farmakologiska behandlingen innefattar bland annat kost och motion. Den icke farmakologiska behandlingen har stor betydelse för patientens överlevnad (Läkemedelsverket, 2006).

## **Farmakologisk behandling**

Farmakologiska behandlingen för hjärtsvikt är ACE-hämmare som sänker blodtryck, ökar diures och kärldilatation. Diuretika ökar njurarnas utsöndring av vatten och natrium som avlastar hjärtat. Diuretika minskar därför ödem och fyllnadstrycket eftersom njurarna utsöndrar mer diures. Betablockerare avlastar hjärtat genom reducering av hjärtfrekvens

samt hjärtats slagkraft. Angiotensin II-receptorantagonister blockerar angiotensin II, vilket avlastar hjärtat eftersom det sänker blodtrycket och minskar det perifera motståndet (Ericson & Ericson, 2012; Norlén & Lindström, 2014; Läkemedelsverket, 2006). Patienter med högre NYHA klassificering kan behöva en pacemaker som fungerar som en implanterad defibrillator (Socialstyrelsen, 2018)

### **Andra behandlingar vid hjärtsvikt**

Hjärttransplantation kan bli aktuellt när patienter har mindre ett år kvar att leva och inga farmakologiska behandlingsalternativ hjälper (Läkemedelsverket, 2006; Ericson & Ericson, 2012). 70 % av de som genomgått en hjärttransplantation har ökat sin livslängd med fem år (Ericson & Ericson, 2012). Vid kraftigt nedsatt pumpförmåga opereras en implanterad defibrillator (ICD-behandling) (Läkemedelsverket, 2006). ICD-behandling övervakar kontinuerligt hjärtats arytmier och vid hjärtstillestånd skickas en elektrisk stöt från ICD som kan häva hjärtstoppet (SBU, 2009). Cardiac resynchronization Therapy (CRT) betyder biventrikulär pacemaker vilket är en hjärtresynchroniseringsterapi. CRT är en pacemaker där elektroder placeras på hjärtats höger och vänster kammare. CRT syftar att synkronisera hjärtats kontraktioner och ökar samt effektiviserar hjärtats pumpförmåga. Hjärtresynchroniseringsterapi ger bättre livskvalitet för patienter med hjärtsvikt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2007). Den här behandlingsmetoden minskar mortalitet, morbiditet samt symtomen (Läkemedelsverket, 2006). Vid operationen är patienter vakna och medvetna vilket skapar oro för att utföra operationen. Behandlingsmetoden kan skapa en känsla av att patienten inte har kontroll över sitt liv utan att det har en pacemaker (Dehghanzadeh et al., 2017)

### **Icke farmakologisk behandling**

Den icke farmakologiska behandlingen minskar utvecklingen av hjärtsviktens symtom samt utvecklingen av NYHA klassificering (Strömberg, 2014). Icke farmakologiska behandlingen bidrar till minskad försämringen av sjukdomen samt minskad risk för tidig död. Målsättningen i behandlingen är att förbättra livskvalitet, lindra symtom, minska behov av sjukhusvård, förhindra försämring samt förlänga överlevnaden. Den icke farmakologiska behandlingen utgörs av livsstilsförändringar. Livsstilsförändringar att sluta röka samt att minska konsumtion av alkohol bör patienterna få information om. Den icke farmakologiska behandlingen berör läkemedelshandling, viktkontroll samt näringsintag. Saltintag och vätskeintag bör tas lagom konsumtion för att minimera risken av vätskeretention. Regelbundna viktkontroller rekommenderas för att tidigt upptäcka vätskeretention (Läkemedelsverket, 2006). Rådgivning vid sexuell aktivitet ges individuellt eftersom minskad sexuell aktivitet kan medföra en försämrad livskvalitet för patienten samt för deras partner (Strömberg, 2005). Influensaproylax rekommenderas att tas årligen till personer med hjärtsvikt (Läkemedelsverket, 2006). Fysisk aktivitet har positiva effekter hos patienter med hjärtsvikt. Den fysiska aktiviteten bidrar till minskad stress samt hjärtsviktssymtom vilket bidrar till högre livskvalitet. Ett individuellt anpassat träningsprogram 2-3 gånger i veckan bör erbjudas (Wikström, 2014). Personcentrerad vård, information om livsstilsförändringar samt känna igen symtom är viktigt för den icke farmakologiska



behandlingen. Det är betydelsefullt om anhöriga känner till symtomen och den icke-farmakologiska behandlingen (Mårtensson, 2012).

## **Omvårdnadsteoretiska begrepp**

### **Delaktighet**

Patienters delaktighet betonar patienters inflytande, självbestämmande, ansvar i vården samt rättigheter. Patientens medverkan spelar stor roll för säker samt god vård (Dahlberg & Segesten, 2010). En aktiv patient kan påverka sin vård samt är mer informerad. Att vara delaktig i sin vård måste vara frivilligt, en patient som inte är delaktig riskerar att få sämre vård. Patienten behöver därför vara välinformerad (Socialstyrelsen, 2017). Att insjukna av en sjukdom förändrar person liv och ger ett nytt sammanhang. Att bli patient i sjukvården förändrar livssituationen och påverkar sårbarheten. För att minska sårbarheten behöver patientens autonomi stärkas vilket ökar hälsa och välbefinnande. Patientens delaktighet i sin vårdprocess skulle förbättra livssituation (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Näsström et al. (2015) fungerar kommunikationen mellan patienter med hjärtsvikt och vårdgivare bättre i patientens hem eftersom det är ostört. I patientens hem finns det tid och utrymme som underlättar patientens delaktighet i sin vård.

### **Hälsa och välbefinnande**

Hälsa är något subjektivt och med ett livsvärlds teoretiskt perspektiv beaktas individens egna uppfattning av vad hälsa innebär. Välbefinnande har koppling till hälsa och om individen saknar mening i livet det vill säga att personen inte upplever ett sammanhang, så kan det bidra till att personen inte känner välbefinnande som är grunden till känslan av hälsa (Ekebergh, 2016). Hälsa har samband med välbefinnande. Att drabbas av en sjukdom påverkar hälsan negativt. Hälsan påverkar hela människan och känslan att vara i balans. Känsla av hälsa och balans är individuell och har samband med att vara i balans i den omgivning man befinner sig i (Dahlberg & Segesten, 2010). Den främsta faktorn sambandet mellan sämre hälsa och att vara sjukskriven på heltid. Patienter som inte kan arbeta eller utföra en aktivitet på grund av en sjukdom kan drabbas av sämre livskvalite. Det har visats att arbeta är positivt när man drabbats av hjärtsvikt. Arbetet har en positiv påverkan på hälsan och välbefinnandet eftersom det uppfyller psykosociala behov och identitet. Sjukskrivning påverkar hälsan negativt, relationer samt ekonomi vilket medför sämre livskvalitet (Nordgren & Söderlund, 2015).

### **Livskvalitet**

Livskvalité upplevs individuellt vilket gör att livskvalité är svårt att mäta. Livskvalite är patientens egen värdering om sitt psykiska, fysiska och sociala välbefinnande (SBU, 2012). Livskvalité har ett samband med människans hälsa. Den faktor som påverkar patienternas livskvalité är trötthet (Smith et al., 2009). Behandling av symtomen samt depression förbättrar livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt. Yngre patienter påvisas ha en sämre livskvalitet än äldre med samma sjukdom. Sexuell aktivitet har en positiv påverkan på

livskvalitet (Bekelman et al., 2007; Zambroski et al., 2005). Symtomen vid hjärtsvikt har ett samband med försämrad livskvaliteten. För att förbättra livskvaliteten, skall fokus vara på att förbättra det fysiska och psykologiska hos patienten (Blinderman et al., 2008).

## **Sjuksköterskans ansvarsområde**

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga ohälsa, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Hälso- och sjukvården skall ta hänsyn till patientens integritet samt autonomi. Patienten skall vara delaktig och vården ska utformas och planeras i samråd med patienten (SFS 2017:30). Sjuksköterskans ansvar är att informera och ge kunskap (Berglund, Andersson & Kjellsdotter, 2017). De flesta patienter med hjärtsvikt känner att de behöver information samt kunskap om sjukdomen för att bli mer säkra i sin egenvård. Patienterna behöver kunskap om symtom, tecken, medicinering, riskfaktorer, diet, aktivitet samt psykologisk information (Kim et al., 2013; Andersson & Nordgren, 2019). Patienten har rätt till information kring sitt hälsotillstånd (SFS 2014:821). Patienten blir mer delaktig i sin vård och genom information blir deras frågor besvarade vilket leder till minskad oro. Om inte patienten får egenvårdsutbildning kan detta leda till återkommande sjukhusbesök. Sjuksköterskan ska hjälpa till med egenvårdsutbildning, att upprätta mål och ha vårdplan (Gheorghiu och Barkley, 2017). Sjuksköterskan har som ansvar att ge människor vård, att vårdarbetet beaktar värderingar och rättigheter (Klang et al, 2014).

## **PROBLEMFORMULERING**

Vården av patienter med hjärtsvikt utgör en stor del av vårdkostnader och vårdplatser i Sverige. Prognosen för sjukdomen är allvarlig och många avlider av hjärtsvikt. Patientens dagliga liv förändras av hjärtsvikt och symtom som andfåddhet och trötthet påverkar deras liv negativt. De fysiska begränsningar som hjärtsvikt resulterar i påverkar patienter både psykiskt och fysiskt vilket påverkar livskvaliteten negativt. Sjuksköterskor kommer möta denna patientgrupp och därför är kunskap om hur de upplever sin sjukdom är av betydelse för vårdandet. Med kunskap och förståelse för patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt kan sjuksköterskor ge en säker samt god omvårdnad. Kunskapsbrist kan leda till otillräcklig information om den icke farmakologiska behandlingen. Med kunskap kan sjuksköterskan lättare främja deras hälsa och lindra lidande. Patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt är därför viktigt att belysa eftersom det kan hjälpa sjuksköterskor att bidra till bättre vård samt mindre återbesök för patienten.

## **SYFTE**

Att belysa och sammanställa forskning som beskriver patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

## **METOD**

Denna studie är en litteraturöversikt som bygger på tidigare genomförda studier för att få en översikt över kunskapsläget samt problem över området. Litteraturöversikt är en vetenskaplig forskning som granskas och skapar en ny förståelse över ett område (Friberg, 2017). Kvalitativa studier används som primär källa eftersom de skapar en förståelse för den enskilda individens situation och upplevelser hos patienterna. (Segesten, 2017). Kvalitativ forskning fokuserar på deltagarnas upplevelser, känslor och erfarenheter vilket kan besvara syftet (Friberg, 2017).

### **Urval**

Artiklarna som var relevanta till syftet var 15 artiklar som granskades enligt Friberg (2017) granskningsmall för kvalitativ forskning. Urvalet valdes med Inklusions- och exklusionskriterier för att överensstämma litteraturstudiens syfte. Inklusionskriterier för litteraturöversikten var artiklar: skrivna på engelska, publicerade efter 2005, med kvalitativ metod, ur patientperspektiv och som vänder sig till personer som är över 18 år som diagnoserats med hjärtsvikt. Alla NYHA-klassificeringar samt båda könen inkluderas eftersom litteraturstudien har fokus på upplevelser. Vidare inklusionskriterie är peer-review artiklar från studier som erhållit godkänd etik prövning. Exklusionskriterier är barn och ungdomars upplevelser eftersom barn och ungdomar är en inriktad specialistutbildning. Sjuksköterskeperspektivet samt sjukvård som inte liknar den svenska sjukvården exkluderades. Artiklarna skall vara mellan 2005-2020 och äldre artiklar exkluderades för att få ett aktuellt resultat. Kvantitativa studier mäter, gör slutsatser samt jämför i sina resultat (Segesten, 2017). Eftersom syftet är upplevelser anses inte kvantitativa studier relevanta och exkluderas.

### **Datansamling**

Datansamlingen genomfördes i databaserna CINAHL, Medline samt PubMed. Enligt Östlund (2017) har CINAHL och Medline fokus på omvårdnadsvetenskap och hälso- och sjukvård, därför används dessa databaser. Systematiska sökningar har gjorts med sökord som är relevanta för att besvara syftet. Sökorden var heart failure, patient\*, experience\*, living, symptom\* och qualitative (Se bilaga 1). Eftersom databaserna har engelskspråkiga tidskrifter har därför engelska sökord använts. Boolesk sökteknik användes för att söka samband mellan sökorden och operatören AND användes (Östlundh, 2017). Trunkering innebär att en asterisk användes på slutet av ordet för att innefatta med alla böjningarna på ordet (Östlund, 2017). Med trunkering ökar antal sökresultat av artiklar. De relevanta artiklarnas abstrakts lästes och jämfördes för att plocka ut det mest relevanta för arbetet. En granskningsmall för kvalitativa studier från Friberg (2017) användes för att granska deras kvalitet (Se bilaga 2). Sammanlagt ingick 15 vetenskapliga artiklar i denna studie (se bilaga 3).

## **Analys**

Initialt dokumenterades artiklarnas syfte, metod, resultat samt etiska överväganden för att få en översikt över artiklarna. Dataanalysen utgick från Friberg (2017) femstegsmodell. Först lästes studiernas resultat flertal gånger för att få förståelse över innehållet och sammanhang. I steg två översattes vissa meningar i resultatet från engelska till svenska eftersom för att få en ökad förståelse för resultatet. Tredje steget var att sammanfatta varje artikels resultat och bearbeta dem för att skapa en ny helhet. Innehållet av artiklarna som ansågs vara relevant markerades med överstrykningspennor för att finna samband mellan artiklarna. Fjärde steget var att se skillnader på artiklarnas resultat, därför har resultatet markerats med olika färger för att kunna se likheter samt skillnader. I femte steget formulerades likheterna samt skillnaderna till en ny helhet i resultatet av de teman och subteman som skapats.

## **Etiska överväganden**

En litteraturbaserad studie behöver inte vara godkänd från en etisk kommitté. De använda artiklarna i arbetet är etiskt godkända. Etiska godkända artiklar respekterar deltagandes autonomi. Automin stärker deltagarnas rätt att kunna avbryta sin medverkan i studien. Etiskt godkända studier ökar hänsyn till deltagarnas integritet samt privatliv. Etiskt godkännande ökar att deltagarna behandlats med lika värde (Medicinska forskningsrådet, 2000). Etiskt godkännande innebär att studien blivit granskad av en etisk forskningskommitté (Forsberg & Wengström, 2016). Det finns internationella riktlinjer som till exempel helsingforsdeklarationen som skall stärka den etiska medvetenheten (Kjellström, 2017). Etiskt godkända artiklar ökar det vetenskapliga värdet i den här studien (Wallengren & Henricson, 2017). Fokus på översättning och tolkning har flertal gånger utförts för att undvika feltolkningar. Målet är att framföra ett trovärdigt arbete och enligt Friberg (2017) är det viktigt att kritiskt granska artiklarna.

## RESULTAT

Resultatet av denna studie presenteras nedan i form av två teman vilket var ett begränsat liv samt ett förändrat liv dessa kunde sedan relateras till ett antal subteman.

Tema	Subteman
Ett begränsat liv	Att aldrig vara utvilad Att känna sig kvävd Att inte våga sova Att känna sig fångslad
Ett förändrat liv	Förändrad livsstil En oviss framtid Glädjen försvinner Att ge kontrollen till någon annan Att kunna gå vidare med livet

### Ett begränsat liv

Ett begränsat liv handlade om att patienternas dagliga liv påverkades av symtomen som hjärtsvikt gav och kunde relateras till att aldrig vara utvilad, att känna sig kvävd, att inte våga sova samt att känna sig fångslad.

### Att aldrig vara utvilad

Trötthet har en betydande negativ påverkan på patienternas liv (Aldred et al., 2005). Patienter med hjärtsvikt var ofta rädda för att utföra saker i det dagliga livet. Det fanns en rädsla för att uppnå sin maxgräns fysiskt (Pihl et al., 2011; Hägglund et al., 2008). Det som var fysiskt krävande valde patienterna bort (Pihl et al., 2011). Patienterna upplevde sina liv 10 begränsade eftersom de inte orkade göra det saker som de kunde utföra tidigare (Ryan & Farelly, 2009; Heo et al., 2009; Nordgren et al., 2007). Tröttheten upplevdes väldigt extrem vilket resulterade i att patienterna inte kunde utföra aktiviteter som tillhörde vardagen. Tröttheten begränsade dem att eftersom att vila blev en större del av deras liv de behövde vila mer (Pihl et al., 2011; Ryan & Farelly, 2009 Hägglund et al., 2008). Att inte kunna utföra självklara aktiviteter som att promenera eller sköta om sitt hem, upplevde patienterna psykiskt påfrestande. Patienterna upplevde att det tog längre tid att sköta sin hygien samt påklädning och avklädning på grund av tröttheten (Lowey et al., 2013). Personer i deras närhet förstod inte patienternas trötthet och de fick ofta höra att de var lata eller använde tröttheten som en ursäkt för att undvika sysslor. Patienterna upplevde att deras hälsa hade blivit sämre av hjärtsvikten och saknade sitt friska liv. Patienterna beskrev en stor förlust att inte längre ha den fysiska förmågan att utföra de aktiviteter som när de var friska (Ryan & Farelly, 2009). Tröttheten påverkade patienternas psykiska energi och de beskrev en känsla av hopplöshet. Patienterna var medvetna om att deras tillstånd skulle försämrans och att framtiden inte såg likadan ut längre. Eftersom sjukdomen är obotlig gav många patienter upp

hoppet (Ryan & Farrelly, 2009). Patienter beskrev att koncentrationsförmågan inte längre fanns. Hopplösheten gjorde att patienterna konsumerade cigaretter samt alkohol eftersom det kändes bättre för stunden. Patienterna tillbringade nästan hela dagarna att ligga och vila i sängen (Ryan & Farelly, 2009). Den fysiska försämringen resulterade att de inte orkade sysselsätta sig i det dagliga livet och var sängliggande (Pihl et al., 2011; Ryan & Farelly, 2009). Tröttheten gjorde att patienterna tog en dag i taget och trots tillräcklig sömn upplevde patienterna aldrig sig utvilade (Hägglund et al., 2008).

### **Att känna sig kvävd**

Andfåddheten beskrevs väldigt ansträngande att leva med (Heo et al., 2009; Lowey et al., 2013; Ryan & Farelly, 2009; Aldred et al., 2005). Patienterna upplevde att andfåddheten var en av de orsaker som begränsade deras dagliga aktiviteter (Taylor et al., 2017; Aldred et al., 2005). När andfåddheten började, misstolkade patienterna andfåddheten till något annat än hjärtsvikt. Patienterna beskrev det som att det började härdade ut eller ignorerade andfåddheten tills de sökte vård och fick diagnosen hjärtsvikt (Klindworth et al., 2015; Taylor et al., 2017; Walthall et al., 2017). Begränsningarna av andfåddheten gav patienterna känslorna av ilska samt frustration (Walthall et al., 2017). Andfåddheten upplevdes inte enbart ansträngande utan gav dem drukkingskänslor vilket beskrevs mycket skrämmande. Känslan av att drunkna gjorde att patienterna lätt greps av panik (Lowey et al., 2013; Walthall et al., 2017; Taylor et al., 2017). Patienterna försökte underlätta andfåddheten genom att vara utomhus, öppna fönster eller förändrade deras andningsmönster (Walthall et al., 2017). Patienterna beskrev att andfåddheten påverkade dem emotionellt, de kunde få plötsliga anfall med andfåddhet trots att de inte ansträngde sig vilket gav dem känslor av oro och rädsla (Walthall et al., 2017; Ryan & Farelly., 2009; Lowey et al., 2013). Andfåddheten gjorde att de tappade motivation för framtiden och gav känslan av att livet var över (Lowey et al., 2013).

Patienterna beskrev det som att de blev isolerade och ensamma eftersom de inte kunde arbeta eller träffa sociala nätverk (Walthall et al., 2017; Hägglund et al., 2008). Att inte kunna genomföra hushållssysslor gav dem känslan att de var värdelösa samt att familjerollerna förändrades (Pihl et al., 2011). De kände sig även hjälplösa eftersom de inte kunde utföra aktiviteter eller sköta om hemmet. Att inte kunna utföra det patienterna ville beskrevs som en sorg (Walthall et al., 2017; Hägglund et al., 2008). Det dagliga livet som att genomföra hushållssysslor, böja sig för att lyfta något som innan var enkelt var nu mer påfrestande. Utförande av sina fysiska aktiviteter upplevdes omöjligt (Lowey, et al., 2013). Patienterna beskrev att det blev för påtagligt att gå längre sträckor eller uppför trappor då de tvingades stanna och vila. Förutom att andfåddheten begränsade dem beskrev patienterna att deras sömn, måltider och samtal blev påverkade. Att duscha blev mer utmanande eftersom ångan gjorde att de fick kvävningsskänsla (Hägglund et al., 2008; Walthall et al., 2017). Patienterna beskrev att andfåddheten begränsade dem att kunna åka på semester eller utföra utflykter med sina barnbarn (Aldred et al., 2005). Istället för att ta hand om sina barnbarn, fick barnbarnen hjälpa dem (Walthall et al., 2017; Pihl et al., 2011).

För att hantera andfåddheten undvek patienterna aktiviteter eller försökte hitta strategier för att kunna utföra dem (Walthall et al., 2017; Pihl et al., 2011). Patienterna började använda

hjälpmedel som rullator, permobil eller rullstol för att underlätta förflyttningar. Patienterna fick planera sina dagar samt hur de skulle åka till aktiviteter för att undvika stress eftersom det gjorde andfåddheten värre (Walthall et al., 2017; Lowey et al., 2013). Patienter beskrev att de sov sittandes för att undvika att vakna av andfåddheten. Patienterna satte upp mål för att inte låta andfåddheten vinna över dem (Walthall et al., 2017).

### **Att inte våga somna**

Efter att patienterna fått hjärtsvikt fick de sömnsvårigheter (Walthall et al., 2017; Gullvåg, et al., 2019). Nattiden och att sova beskrevs som en utmaning efter att patienterna fått hjärtsvikt. Patienterna beskrev att de ofta hade andnöd på natten. Patienterna beskrev att de var rädda för att vakna upp utan att få luft eftersom det upplevdes som att de kvävdes (Ryan & Farrelly, 2009; Gullvåg et al., 2019; Walthall et al., 2017). Patienterna beskrev att de inte vågade sova eftersom det var en rädsla för att dö under sömnen (Walthall et al., 2017). De jämförde sig med en fisk på land på grund av andfåddheten (Gullvåg, et al., 2019). Patienterna beskrev att de hostade mycket under nätterna samt att de behövde gå på toaletten flera gånger vilket störde sömnen. Det beskrevs också att de ofta hade mardrömmar efter dem fått diagnosen. De var ofta vakna under nätterna eftersom de hade massa tankar om vad som skulle hända dem (Walthall et al., 2017). Sömnsvårigheterna påverkade patienterna emotionellt (Gullvåg et al., 2019). Det dagliga livet påverkades eftersom de var utmattade på dagen och behövde vila mycket (Gullvåg et al., 2019). Det var en kamp att hålla sig vaken och deras koncentration blev försämrade. Sömnsvårigheterna påverkade dem när de arbetade samt när de körde bil vilket resulterade i en utmaning (Gullvåg et al., 2019).

### **Att känna sig fångslad**

Ett problem som patienterna beskrev var ensamheten som hjärtsvikten gav dem. Ensamheten beskrevs som ett värre lidande än sjukdomen (Walthall et al., 2017). De var ensamma hemma eftersom de tyckte vägen till sociala aktiviteter var ansträngande (Aldred et al., 2005). Att ofta vara ensam hemma beskrevs isolerande och var negativt för deras mående (Ryan & Farelly, 2009; Hägglund et al., 2008; Walthall et al., 2017; Pihl et al., 2011). Andfåddhet, bröstsmärta, svaghet, ödem och trötthet upplevdes som orsaken till patienternas fysiska begränsningar (Seah, Gan & Wang, 2016). Eftersom deras fysiska tillstånd kunde försämrats var det svårt att planera sina aktiviteter samt att anhöriga inte lät dem utföra vissa aktiviteter (Ryan & Farelly, 2009; Lowey et al., 2013; Hägglund et al., 2008). De fysiska begränsningarna som förhindrade dem att utföra aktiviteter beskrevs som att vara fångslad eller som en bromskloss (Ryan & Farelly, 2009; Seah, et al., 2016; Walthall, et al., 2017; Pihl et al., 2011; Klindworth et al., 2015). På grund av rädslan nekade patienterna sig själva till att vara med i sociala nätverk och detta resulterade också i isolering och ensamhet. Det innebar att de inte kunde umgås med vänner som de gjorde förr (Aldred et al., 2005). Ensamheten påverkade dem emotionellt negativt (Pihl et al., 2011; Walthall et al., 2017; Ryan & Farelly, 2009). Patienterna sökte efter aktiviteter som de kunde utföra efter sin förmåga. Begränsningarna upplevdes som en sorg eftersom de ville göra mer än vad de kunde (Pihl et al., 2011; Hägglund et al., 2008; Walthall et al., 2016).



## **Ett förändrat liv**

Ett förändrat liv handlade om att hjärtsvikt gör att patienter får en ny livsstil och att prioriteringar är tvungna att utformas för att vardagen skall gå ihop. Patienterna behövde mer stöd från andra behövs för att orka med vardagen. Ett förändrat liv relaterades till följande subteman: förändrad livsstil, en oviss framtid, glädjen försvinner, att ge kontrollen till någon annan samt att kunna gå vidare med livet.

## **Förändrad livsstil**

Efter patienter fått diagnosen hjärtsvikt förändrades deras liv samt livsstil negativt. Patienterna beskrev att det var svårt att leva med sjukdomen eftersom de inte hade tillräckligt med kunskap (Klindworth et al., 2015). Patienternas tillstånd hade inneburit att de gav upp sina fritidsintressen eftersom det blev för ansträngande att utföra dem (Pihl et al., 2011; Aldred et al., 2005). De prioriterade att arbeta och träffa vänner eftersom det gav mer livskvalite, men livskvalitén blev sämre efter dem fått hjärtsvikt (Pihl et al., 2011; Heo et al., 2009; Walthall et al., 2017; Klindworth et al., 2015; Waterworth & Jorgensen, 2010). Patienterna tyckte det var positivt för deras livsstil att umgås med vänner och vara involverad i fritidsaktiviteter (Heo et al., 2009). De beskrev att det fanns en rädsla kopplat till hjärtsvikten och det medförde att de nekade aktiviteter (Pihl et al., 2011; Walthall et al., 2016; Heo et al., 2009). Att de förlorade sina intressen samt kontakter vilket gjorde att de tillbringade mycket tid ensamma (Ryan & Farelly et al., 2009; Pihl et al., 2011). Patienterna upplevde att det var psykiskt påfrestande att inte kunna genomföra uppgifter som de gjorde innan. Det fanns negativa känslor att inte kunna leva det normala liv som de gjorde innan (Walthall et al., 2017). Trots att inte kunna utföra uppgifter, var det meningsfullt att hjälpa vänner och familj efter deras förmåga. Att känna sig behövd gjorde att patienterna kämpade trots sjukdomen (Norberg et al., 2014). De upplevde de att deras identitet, självkänsla och kroppsuppfattning förändrades när de fått diagnosen (Klindworth et al., 2015). De kunde inte arbeta som förut och upplevde att de inte kunde försörja sina familjer eftersom deras inkomst blev sämre samt att de inte orkade ta hand om hemmet (Seah et al., 2016). Patienterna använde hjälpmedel som skulle underlätta deras nya vardag. Skamkänslor var relaterade till att använda hjälpmedel, men gav de mer säkerhet eftersom sjukdomen var så oförutsägbar (Norberg et al., 2014). För att minska belastningen använde de sig mer av elektroniska redskap än att använda kroppen. De handlade mat online och shoppade på nätet (Norberg et al., 2014).

## **En oviss framtid**

Det var skillnader mellan äldres och yngre patienters uppfattning om framtiden efter att de diagnoserats med hjärtsvikt (Nordgren et al., 2007). Äldre patienter insåg att döden var en naturlig del av livet (Waterworth & Jorgensen, 2010). Symtom som ångest och depression kunde patienter uppleva på grund av att hjärtsvikt inte kunde behandlas. Det fanns en rädsla för framtiden och det gav dem ångest (Pihl et al., 2011; Hägglund et al., 2008; Seah et al., 2016). Patienterna hade olika uppfattningar angående döden. Vissa patienter kände sig färdiga med livet och ville dö medan andra inte ville dö. Det kunde vara något som var ogjort som gjorde att vissa inte ville dö. De flesta patienter hade en känsla av hopplöshet mot

framtiden (Waterworth & Jorgensen, 2010). Patienter som var svårt sjuka i sjukdomen insåg inte hur allvarligt sjuka de var trots att de var nära döden (Lowey et al., 2013). De var rädda för det som skulle ske i framtiden samtidigt som de upplevde ett hopp inför framtiden. Patienterna hoppades på att deras hälsotillstånd inte skulle bli sämre. Rädslan kunde ta över hoppet om framtiden, men ibland märktes inte sjukdomen och då ökade hoppet om framtiden (Lowey et al., 2013). Det fanns en osäkerhet för framtiden och därför levde patienterna en dag i taget (Nordgren et al., 2007). Eftersom framtiden var osäker, så betydde deras livsplaner inte lika mycket längre (Nordgren et al., 2007; Hägglund et al., 2008). Det var skillnader mellan äldre och yngres upplevelser när det handlade om deras framtid. Yngre personer upplevde att deras framtid var instabil och att deras liv var borttagna. De önskade sitt gamla liv tillbaka utan hjärtsvikt, men förstod att sjukdomen var allvarlig (Nordgren et al., 2007). Ekonomin upplevdes mer osäker och blev sämre efter dem fått hjärtsvikt. Det blev en ekonomisk förlust eftersom de tvingades minska arbetstimmar eller sjukpensionera sig på grund av oförmågan att arbeta (Hägglund et al., 2008; Heo et al., 2009). Den ekonomiska förlusten upplevdes som en negativ påverkan och gav de sämre livskvalite (Heo et al., 2009).

### **Glädjen försvinner**

Att leva med hjärtsvikt bidrog till många svåra känslor. Känslor som rädsla, ångest, oro, depression, förlust och ilska är känslor som är i samband med hjärtsvikt (Seah et al., 2016). Hopplöshet och känslor av att vara värdelös förekom hos patienterna (Ryan & Farrelly, 2009). Patienter upplevde en stor smärta att inte kunna göra saker med sina barnbarn (Aldred et al., 2005). Det fanns en rädsla för att få nedsatt funktion, döden och skiljas från sin familj efter de diagnoserats med hjärtsvikt. Patienterna var rädda för att bli sämre i sin sjukdom samt att framtiden inte var säker längre (Klindworth et al., 2015; Aldred et al., 2005). Patienterna var rädda och oroliga att inte orka med fysisk aktivitet och att fysisk aktivitet skulle påverka deras tillstånd (Pihl et al., 2011). Den fysiska begränsningen var kopplat till depressiva symtom, ilska och frustration (Burström et al., 2012; Klindtworth, et al., 2015). Vissa patienter ville inte leva längre eftersom de tappade livsglädjen på grund av begränsningarna (Klindtworth, et al., 2015). Förutom att vara rädd för sjukdomen, så började patienterna tänka på döden. Tankar om vad de skulle missa samt vad som skulle hända med deras partner (Aldred et al., 2005). Patienterna var rädda att döden skulle komma plötsligt och de önskade att dö smärtfritt och snabbt (Burström et al., 2011; Klindworth et al., 2015). Eftersom hjärtsvikten skulle försämrans, mårde de psykiskt sämre av tanken på framtiden (Klindworth et al., 2015).

### **Att ge kontrollen till någon annan**

Det var både negativa och positiva känslor att få stöd av någon annan. Det fanns en ångest över att de inte kunde ta hand om sig själv samt att de skulle bli beroende av andra (Klindworth et al., 2015; Burström et al., 2011). Patienterna märkte att deras närstående blev påverkade av att de hade en sjukdom (Klindworth et al., 2015). Vissa tyckte att det var deras närståendes uppgift att ge dem stöd och vaka över dem. Andra patienter tyckte de var en börda för deras familj (Pihl et al., 2011; Aldred et al., 2005). De uttryckte att de fick skuldkänslor över att behöva mycket stöd i vardagen (Klindworth et al., 2015; Seah et al.,

2016). Vissa anhöriga hade egna hälsoproblem och kunde inte ta hand om patienterna (Aldred et al., 2005). Patienterna tyckte det var en trygghet när deras närstående var involverade i deras sjukdom (Burstrom et al., 2011). De beskrev att de behövde stöd psykiskt samt fysiskt och de var väldigt tacksamma över att få hjälp av sina närstående (Klindworth et al., 2015). Förutom förändrade familjeroller förändrades även rollen att vara man eller kvinna (Norberg et al., 2014). Att någon annan skulle göra det som de inte orkade och att inte kunna lita på sin egen förmåga upplevdes deprimerande (Ryan & Farelly, 2009).

### **Att kunna gå vidare med livet**

För att hitta meningen med livet skapade patienterna nya strategier och anpassade sig efter sin kapacitet (Waterworth & Jorgensen, 2010). Det fanns motivation till att bevara sitt aktiva liv (Norberg et al., 2015). De anpassade sitt liv efter hjärtsvikten och kunde då uppleva mer välbefinnande. De planerade och strukturerade sina dagar (Hägglund et al., 2008; Pihl et al., 2011). Eftersom de beskrev sina symtom oförutsägbara kunde det vara svårt att planera dagarna. Vissa patienter använder sig utav syrgas i hemmet vilket kunde förhindrade dem att utföra aktiviteter (Aldred et al., 2014). Genom att acceptera och anpassa sig efter de begränsningar som hjärtsvikten gav, upplevde patienter att de fått tillbaka sitt liv (Walthall et al., 2017). De sänkte kraven på sig själv och anpassade sig till kroppens förmåga vilket patienterna beskrev som att få tillbaka sin kontroll över livet (Klindworth et al., 2015) Andra patienter påverkades psykiskt och fysiskt och hade svårt att acceptera sjukdomen. De försökte göra så mycket som möjligt varje dag samt att göra underhållande saker (Waterworth & Jorgensen, 2010). Fysiska aktiviteter som patienterna fortfarande kunde utföra var en positiv del av livet. Att sätta mål och inte låta hjärtsvikten vinna gav patienter ett positivt tänkande. Det positiva tänkandet fick dem att känna att de kunde varit i ett värre tillstånd (Heo et al., 2009). Positiv attityd och tänkande gav de bättre humör som ökade deras livskvalite (Hägglund et al., 2008; Heo et al., 2009). Vissa patienter försökte hitta nya aktiviteter för att hantera det dagliga livet och se framtidens möjligheter. Eftersom hjärtsvikten försämrade deras fysiska förmåga, var det viktigt att ha rimliga mål inför framtiden (Pihl et al., 2011). Patienterna ville ha kvar sin livskvalite som de hade tidigare trots att hjärtsvikten begränsade det (Pihl et al., 2011). Att slippa vara begränsad i livet var viktigt och en del patienter försökte leva det liv som de gjorde när de var friska. De beskrev att var införstådda att sköta sina mediciner och läkarens rekommendationer, men denna livsstil begränsade dem.

### **Resultatsammanfattning**

Resultatet visade att hjärtsvikt begränsade patienternas dagliga liv. De mest rapporterade symtom var trötthet och andfåddhet. Andfåddhet gav de ångest och oros känslor. Nattsömnen blev ofta störd av andfåddheten. Patienter besvärades av trötthet och de beskrev hur deras omgivning inte hade förståelse tröttheten och att de trodde att de var lata. Begränsningarna medförde sämre ekonomi samt att familjeroller förändrades av hjärtsvikten. Patienter beskrev att hjärtsvikten upplevdes som en bromskloss och blev mer isolerade i hemmet. Förutom begränsat liv, förändrades deras liv. De hade fått leva med hjälpmedel samt stöd från andra. Patienterna brottades med negativa känslor som depressiva symtom och rädslor

för framtiden samt döden. Hjärtsvikt gjorde att patienterna fick en annan livsstil och behövde mer stöd från andra för att få vardagen att fungera.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med arbetet är att sammanställa och belysa hur det är att leva med hjärtsvikt. Metoden som användes var litteraturöversikt vilket sammanställer tidigare forskning för att få en ny helhet (Friberg, 2017). Litteraturöversikt var en lämplig metod för att besvara arbetets syfte. Databasinsamlingen blir bredare med litteraturöversikt vilket är en styrka. En systematisk översikt får en mer översikt än vad litteraturöversikt får vilket är en svaghet. Kvalitativa och kvantitativa studier kan användas i en litteraturöversikt, men i detta arbete avgränsas till kvalitativa studier. Kvalitativa studier skapar förståelse hur personer upplever fenomenen (Friberg, 2017). Eftersom syftet är att belysa och sammanställa hur personer upplever att leva med hjärtsvikt passar kvalitativa studier. Genom att exkludera kvantitativa artiklar mister arbetet forskning om mätningar och jämförelser vilket är en svaghet (Segesten, 2017). Styrkor med att använda litteraturöversikt är att databasinsamlingen blir bredare. Systematisk översikt blir mer övergripande och det är en svaghet med litteraturöversikt eftersom det inte blir lika brett som en systematisk litteraturöversikt (Friberg, 2017). Samtliga artiklar som ingår i resultat är godkända av en etisk kommitté vilket är en styrka.

I urvalet användes endast artiklarna som var peer-reviewed eftersom det garanterar att de är kvalitetsgranskade och anses öka kvaliteten och trovärdigheten. Artiklarna skulle genomföras i länder som har liknande vård som i Sverige. De utvalda artiklarna begränsades från 2005-2020. Artiklarna begränsades till personer över 18 år och båda könen är inkluderade. Avseende NYHA-klassificering inkluderades alla klasser, vilket motiveras med att syftet är att besvara patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Artiklarna kommer från länder med liknande vård som Sverige. Svagheten att begränsa till liknande vård som i Sverige är att trovärdigheten i denna studie minskar trovärdigheten. Att studera patienters upplevelse av att leva med liknande vård i Sverige och med studier på max 15 år är relevant eftersom upplevelser inte anses förändras över tid. Däremot om syftet hade varit om behandlingsstrategier skulle nyare artiklar användas eftersom vården utvecklas hela tiden. En nackdel med denna studie är att den mister skillnader mellan samhällsstrukturer och kulturer. Bland de utvalda artiklarna finns det en artikel med kvinnors erfarenheter av att leva med hjärtsvikt. Motiveringen är att båda könen är inkluderade och artikeln valdes trots att det är en svaghet.

För att undersöka kunskapsområdet söktes artiklarna i databaserna Medline, Pubmed och Cinahl. Dessa databaser inriktas på fokus på omvårdnad och hälso- och sjukvård. Att besvara arbetets syfte, så anses dessa databaser lämpliga. Eftersom artiklarna söktes i olika databaser blev det en större variation på artiklarna. Enligt Henricsson (2017) menar att studiens trovärdighet ökar om artiklar söks på flera databaser eftersom chansen är större att hitta relevanta artiklar. Specifika sökord har använts för att besvara syftet. Boolesk sökteknik ger bredare sökning för att inte missa artiklar och operatören AND har använts. De valda artiklarna granskades med Friberg (2017) granskningsmall. Denna granskningsmall har svarar inte om artikeln har låg, medel eller hög kvalitet. Författaren har avgjort artiklarnas kvalitetsgrad. Om artikeln besvarade de flesta frågorna i granskningsmallen ansågs den vara

relevant för arbetet. Kvalitetsgranskning ökar studiens tillförlitlighet (Henricsson, 2017). De valda artiklarna analyserades enligt Friberg (2017) femstegsmodell. Artiklarna har med noggrannhet lästs flera gånger och haft studiens syfte i åtanke. Mårtensson och Fridlund (2017) menar att bekräftelsebarhet ökar om analysprocessen är tydligt beskriven.

Överförbarhet menas att studiens resultat kan överföras till grupper (Henricsson, 2017). Denna studie anses inte vara överförbar till patienter med en specifik NYHA-klassificering eftersom alla NYHA-klassificeringar ingår i studien. Motiveringen till att alla NYHA klasser inkluderas är att sjukdomen försämras och att studiens syfte är att beskriva hur patienter upplever att leva med hjärtsvikt. Ifall ett smalare syfte med specifika inklusionskriterier skulle användas skulle de stärka överförbarheten till exempel ‘att leva med hjärtsvikt med NYHA-klassificering II’. Båda könen är inkluderade samt olika åldrar vilket kan begränsa studiens överförbarhet. Trots att denna studie har ett brett syfte, så anses studien ge en översikt över de upplevelser som hjärtsvikt åstadkommer. Inklusionskriterie var engelsk skrivna artiklar och denna studie är skriven på svenska vilket ökar risken för feltolkningar. Det anses vara en svaghet eftersom det minskar studiens trovärdighet. Artiklarna har läst flertal gånger samt att vissa ord har översatts för att minska risken för feltolkningar.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet av denna studie visade att patienter med hjärtsvikt möter flera krävande symtom som begränsar deras liv. Begränsat liv gjorde att patienter inte kan delta i sociala nätverk eller fysisk aktivitet. Att inte kunna utföra det man vill beskrevs att livskvaliteten minskades. Bekelman et al. (2007) menar att livskvalitet blir sämre av hjärtsviktens symtom. Resultatet visar att tröttheten har ett negativ påverkan på patienternas liv och det som var fysiskt krävande slutade dem att göra. Detta stöds av Falk et al. (2009) som menar att utöver andfåddhet är trötthet det mest rapporterade symtomen. Patienter beskriver att när sjukdomens symtom startade härdade de ut och ignorerade det. Symtomen begränsade deras liv vilket innebar att enkla hushållssysslor som till exempel laga mat, tvätta och handla var fysiskt krävande som gjorde att det blev svårt att utföra dem. De fysiska begränsningarna gav de sämre förmåga att kunna arbeta vilket gav dem ekonomisk förlust.

Resultatet visade också att patienterna blev mer ensamma av fysiska begränsningar vilket upplevdes som ett lidande och att de saknade deras friska liv. Enligt Arman (2012) ger sjukdomslidande längtan till hälsa. Att kunna hantera symtomen ökar välbefinnande samt livskvaliteten. Detta överensstämmer med Heo et al. (2019) som menar att patienter mår bättre när de kan hantera sina symtom. Det anses vara viktigt att patienten är delaktighet i sin vård eftersom det ökar chansen till bättre egenvård. Det alltså viktigt att sjuksköterskor ger patienterna kunskap och information om symtom, så patienter kan känna sig säkra och kunna göra det som ökar deras hälsa och välbefinnande samt livskvaliteten. Resultatet visade att det var viktigt att vara delaktig i olika sammanhang eftersom det ökade livskvaliteten. Detta styrks av Thornhill et al. (2008) menar att när patienterna inte kunde vara delaktiga längre var förekomsten av depression vanligare. Resultatet visade att patienter lider av andfåddhet på natten. Heo et al. 2019 menar att andfåddhet ger konsekvenser som sömnproblem. Det framkom att patienter led av sömnsvårigheter vilket var väldigt

påfrestande. Detta överensstämmer med Zambroski et al. (2005) som menar att sömnsvårigheter ett av de mest belastande problemen för patienterna. Resultatet av denna studie visade även att sömnsvårigheter gav koncentrationssvårigheter och extrem trötthet. Detta styrks av Zambroski et al. (2005) som skriver att trötthet medför koncentrationssvårigheter. Resultatet visade sig att sömnsvårigheterna påverkade dem emotionellt. Detta överensstämmer med Zambroski et al. (2005) som skriver att sömnsvårigheter ger fysisk samt emotionell påverkan.

Resultatet av denna studie visar vidare att patienter som drabbats av hjärtsvikt upplevde en förändring i deras liv. Patienter kunde inte längre arbeta eller utöva de aktiviteter som de gjort vilket styrks med Heo et al. (2019) som skriver att nästan alla patienter kunde inte ha samma livsstil som innan. Att inte kunna leva det friska liv som patienterna levde upplevdes som en stor förändring som minskar livskvaliteten. Patienterna var tvungna att anpassa sig efter sin nya livsstil och ha strategier för att utföra aktiviteter vilket styrks av Heo et al. (2019) som skriver att patienter var tvungna att utveckla prioritering i sin nya livsstil. De fysiska begränsningar som sjukdomen gav gjorde att patienter har svårare att kunna delta i aktiviteter vilket ledde till isolering och ensamhet. Enligt Wikström (2014) är livslidande det som påverkar personens livssituation till exempel att patienter är mer begränsade och ensamma. Resultatet visade att ensamheten startades av den sämre fysiska förmågan vilket styrks av (Kimani et al., 2018). Dahlberg & Segesten (2010) menar att ofrivillig ensamhet ger känslor av minskad delaktighet. Resultatet av denna studie visar också att var viktigt att vara delaktig i olika sammanhang eftersom det ökade livskvaliteten detta styrks av Thornhill et al. (2008) som skriver att när patienterna inte kunde vara delaktiga längre var förekomsten av depression vanligare. Resultatet visade att patienter undvek sociala aktiviteter vilket styrks av Leeming et al. (2014) som menar att patienter undviker sociala aktiviteter eftersom man inte vågar planera framåt och för att inte visa att man är sjuk. Resultatet visade även att anhöriga inte lät patienterna att utföra fysiska aktiviteter. Det överensstämmer med Whitehead (2017) som skriver att anhöriga var rädda för att de skulle dö om de ansträngde sig för mycket. Information till anhöriga är viktigt för att minska deras rädsla.

Resultatet visade också att relationen förändrades i familjen och gav ändrade roller. Resultatet visade även att konflikter i familjen blev vanligare eftersom patienterna uppfattades som lata, familjen förstådd patienternas ansträngande symtom. Detta styrks av Whitehead (2017) beskriver att familjemedlemmar blev förvånade över den extrema tröttheten och var chockade hur påtaglig den var. Detta innebär att det behövs information till patientens anhöriga om symtom vilket kan minska konflikter. Patientens närstående skall även få möjlighet att få vara delaktiga i vården om patienten tillåter det (SFS 2014:821). Resultatet visade att personer med hjärtsvikt brottas med negativa känslor som hjärtsvikt ger. Patienterna beskrev att de upplevde mer rädsla när de blev diagnoserade med hjärtsvikt detta överensstämmer med Heo et al. (2019) som skriver att patienter upplevde många negativa känslor. Patienterna upplevde en chock när de fått diagnosen och beskrev att de tappade kontrollen vilket styrks av Heo et al. (2019) som menar att patienter tappade kontrollen. Symtomen syns inte alltid för andra, men det framkommer att närstående och personer omkring inte har förståelsen för deras sjukdom. Resultatet av denna studie visade även att patienterna påverkades mentalt negativt för att deras omgivning inte har förståelse för deras symtom. Symtomen som patienter upplever gav dem känslor av rädsla, oro samt

sorg vilket styrks av (Zambroski et al., 2005; Heo et al., 2019). Författaren anser att sjuksköterskor ska ge information och kunskap om symtomen eftersom det kan medföra mindre negativa känslor. Författaren anser att en vårdkontakt med sjuksköterska är positivt eftersom patienter kan vända sig till sjuksköterskan vid frågor. Resultatet av denna studie visade slutligen att yngre förväntades vara aktiva, arbeta, ta hand om hushåll och vara sociala, men dessa förväntningar förändras och gav sämre självkänsla och självbild vilket också beskrevs i andra studier (Nordgren & Söderlund, 2015; Thornhill et al., 2008). Det framkom att det är skillnader mellan yngre och äldres uppfattning om framtiden. Äldre ansåg att det var en naturlig del av livet medan yngre tyckte deras liv hade blivit borttagna från dem.

## **Konklusion**

Denna studie visar att fysiska begränsningar var på grund av olika besvärliga symtom. Majoriteten av patienterna upplevde att trötthet och andfåddhet var det som begränsar dem mest. De fysiska begränsningar som resulterade i sämre livskvalite och många förändringar i livet ledde till att de förlorade sociala nätverk. Att vara fysiskt begränsad påverkade deras relationer med vänner samt familj. Eftersom patienterna behövde mer stöd, beskrev de sig som en börda för sina närstående. Närstående kunde missförstå patienternas trötthet och kallade dem lata och använde deras trötthet som en bortförklaring. Hjärtsvikt har en dålig prognos som försämras och patienter har mer negativa känslor efter att de diagnoserats med hjärtsvikt.

## **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

Denna litteraturstudie kan ge grundutbildade sjuksköterskor en ökad förståelse för patienters upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Hjärtsvikt begränsar samt förändrar patienters liv och påverkar dem emotionellt. Desto mer kunskap sjuksköterskor har, desto bättre omvårdnad kan ges till patienterna, vilket kan resultera i mindre besök till sjukvården vilket i sin tur kan minska lidande och ökar livskvaliteten. Detta arbete inriktas inte på patienters upplevelser av att leva med en specifik NYHA-klassificering. Det skulle därför vara intressant att veta hur patienter upplever att leva med hjärtsvikt efter en specifik NYHA-klassificering. Det skulle även vara intressant med forskning hur de olika könen samt ålder upplever att leva med hjärtsvikt. Detta kan skapa bättre omvårdnad samt personcentrerad vård till patienter.



## REFERENSER

Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qualitative health research*, 17(1), 4-13. doi:[10.1177/1049732306296387](https://doi.org/10.1177/1049732306296387)

Abete, P., Testa, G., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Galizia, G., De Santis, D., Magliocca, A., Basile, C. & Cacciatore, F. (2013). Treatment for chronic heart failure in the elderly: current practice and problems. *Heart Failure Reviews*. Vol 18(4). ss. 529-551. doi: [10.1007/s10741-012-9363-6](https://doi.org/10.1007/s10741-012-9363-6)

\*Aldred, H., Gott, M., & Gariballa, S. (2005). Advanced heart failure: impact on older patients and informal carers. *Journal of advanced nursing*, 49(2), 116-124. doi: [10.1111/j.1365-2648.2004.03271.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03271.x)

Andersson, L., & Nordgren, L. (2019). Heart Failure Patients' Perceptions of Received and Wanted Information: A Cross-Sectional Study. *Clinical Nursing Research*, 28(3), 340–355. doi: [10.1177/1054773818787196](https://doi.org/10.1177/1054773818787196)

Berglund, M., Andersson, S. & Kjellsdotter A. (2017). Att drabbas av långvarig sjukdom. I K. Dahlberg & I. Ekman (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerade vård*. (s.93–114). Liber

Bekelman, D., Havranek, E., Becker, D., Kutner, J., Peterson, P., Wittstein, I., Dy, S. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648. doi: [10.1016/j.cardfail.2007.05.005](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2007.05.005)

Blinderman, C., MD, MA, Homel, P., PhD, Billings, J., MD, Portenoy, R., MD, & Tennstedt, S., PhD. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 594-603. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007)

Britz, J., & Dunn, K. (2010). Self-care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(9), 480-7. doi: [10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x)

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

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Natur & Kultur.

Dehghanzadeh, S., Dehghan Nayeri, N., Varaei, S., & Kheirkhah, J. (2017). Living with cardiac resynchronization therapy: Challenges for people with heart failure. *Nursing & Health Sciences*, 19(1), 112–118. doi: [10.1111/nhs.12325](https://doi.org/10.1111/nhs.12325)

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4:e uppl.) Studentlitteratur.

Falk, K., Patel, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2009). Fatigue in patients with chronic heart failure—a burden associated with emotional and symptom distress. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 91-96. doi: [10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 129-139). Studentlitteratur

Fridlund, B., Malm, D. & Mårtensson, J. (red.) (2012). *Kardiologisk omvårdnad*. (2. uppl.) Studentlitteratur.

Gheorghiu, V., & Barkley, T. (2017). Identification and prevention of secondary heart failure: A case study. *Critical Care Nurse*, 37(4), 29-35. doi:[10.4037/ccn2017478](https://doi.org/10.4037/ccn2017478)

\*Gullvåg, M., Gjeilo, K., Fållun, N., Norekvål, T., 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. doi:[10.1111/scs.12672](https://doi.org/10.1111/scs.12672)

Henricson, M. (Red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.) Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 43-56). Studentlitteratur

Heo, S., Moser, D., Lennie, T., Grudnowski, S., Kim, J., & Turrise, S. (2019). Patients' beliefs about causes and consequences of heart failure symptoms. *Western Journal of Nursing Research*, (2019). doi: [10.1177/0193945918823786](https://doi.org/10.1177/0193945918823786)

\*Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung*, 38(2), 100-108. doi:[10.1016/j.hrtlng.2008.04.002](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.04.002)

\*Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008). The Experience of Fatigue among Elderly Women with Chronic Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 290–295. doi:[10.1016/j.ejcnurse.2007.12.004](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.12.004)

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (2., Uppl., s. 81-98). 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(1), 125. Doi: [10.1186/s12877-015-0124-y](https://doi.org/10.1186/s12877-015-0124-y)

Kim, S. - S., Ahn, J. - A., Kang, S. - M., Kim, G., & Lee, S. (2013). Learning needs of patients with heart failure a descriptive, exploratory study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 22(5–6), 661–668. doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04075.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04075.x)

Kimani, K. N., Murray, S. A., & Grant, L. (2018). Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study. *BMC palliative care*, 17(1), 28. doi:[10.1186/s12904-018-0284-6](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0284-6)

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57–77). Studentlitteratur.

Leeming, A., Murray, S. A., & Kendall, M. (2014). The impact of advanced heart failure on social, psychological and existential aspects and personhood. *European journal of cardiovascular nursing*, 13(2), 162-167. doi: [10.1177/1474515114520771](https://doi.org/10.1177/1474515114520771)

Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M. (2014). Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: A qualitative study. *Heart & Lung*, 43 (4), 292–298. doi: [10.1016/j.hrtlng.2014.04.008](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.008)

\* Lowey, S.E., Norton, S.A., Quinn, J.R. & Quill, T.E. (2013). Living With Advanced Heart Failure or COPD: Experiences and Goals of Individuals Nearing the End of Life. *Research in Nursing & Health*, 36, 349-358. Doi: [10.1002/nur.21546](https://doi.org/10.1002/nur.21546)

Läkemedelsverket. (2006). Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt – Behandlingsrekommendation. Hämtad från [https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info\\_fr\\_LV\\_2006-1.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2006-1.pdf)

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering och medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Hämtad från <http://infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>

\*Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qualitative health research*, 17(1), 4-13. doi:[10.1177/1049732306296387](https://doi.org/10.1177/1049732306296387)

Nordgren, L., & Söderlund, A. (2015). Being on sick leave due to heart failure: Self-rated health, encounters with healthcare professionals and social insurance officers and self-estimated ability to return to work. *Psychology, Health & Medicine*, 20(5), 582-593. doi:[10.1080/13548506.2015.1007148](https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1007148)

\*Norberg, E.-B., Boman, K., Löfgren, B., & Brännström, M. (2014). Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 21, 392-399. doi: [103993335](https://doi.org/10.3993/335)

Norlén, P. & Lindström, E. (Red.) (2014). Farmakologi. (3:e uppl.) Liber.

Näsström, L. M., Idvall, E. A.-C., & Strömberg, A. (2015). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*, 18(5), 1384–1396. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/hex.12120>

\*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. doi:[10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x)

Ryan, M., & Farrelly, M. (2009). Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(3), 223-231. Doi: [10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005)

\*Seah, A., Tan, K., Gan, J. & Wang, W. (2016). Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(4), ss. 392-399. doi:[10.1177/1043659615573840](https://doi.org/10.1177/1043659615573840)

Segesten, K. Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 1 december, 2019, från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2017:30. Hälso och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 1 december, 2019, från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Smith, O. R., Denollet, J., Schiffer, A. A., Kupper, N., & Gidron, Y. (2009). Patient-rated changes in fatigue over a 12-month period predict poor outcome in chronic heart failure. *European journal of heart failure*, 11(4), 400-405. doi: <http://dx.doi.org.libraryproxy.his.se/eurjhf/hfp002>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Fullständigt kunskapsunderlag - Hjärtsvikt. Hämtad 17 november, 2019 från <https://socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2019, 11 juni). *Patienten- en del av teamet*. Hämtad 27 januari, 2020, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/sakerhetskultur/patienten-en-del-av-teamet>

Strömberg, A. (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. (1:a uppl.) Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012). Viktigt men svårt att mäta livskvalitet. Hämtad 1 februari 2020, från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2007). Pacemaker för synkronisering av hjärtkamrarnas rytm (CRT) vid kronisk hjärtsvikt. Hämtad 10 februari från [https://www.sbu.se/contentassets/4c81f0474957409d9844b257ef7d1dbb/pacemaker\\_synkr\\_onisering\\_hjartkamrarnas\\_rytm\\_crt\\_kronisk\\_hjartsvikt\\_200701.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/4c81f0474957409d9844b257ef7d1dbb/pacemaker_synkr_onisering_hjartkamrarnas_rytm_crt_kronisk_hjartsvikt_200701.pdf)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). Optimering av hjärtsviktsbehandling genom upprepade mätningar av natriuretiska peptider. Hämtad 26 februari, 2020 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/optimering-av-hjartsviktsbehandling-genom-upprepade-matningar-av-natriuretiska-peptider/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2006). Natriuretiska peptider som hjälp vid diagnostik av hjärtsvikt. Hämtad 16 februari, 2020 från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/natriuretiska-peptider-som-hjalp-vid-diagnostik-av-hjartsvikt/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). Att förebygga död med implanterad defibrillator (ICD) hos patienter med hög risk för allvarlig hjärtrytmrubbning Hämtad 26 februari, 2020 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/att-forebygga-dod-med-implanterad-defibrillator-/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad den 16 december, 2019, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

\*Taylor, C. J., Hobbs, F. D. R., Marshall, T., Leyva-Leon, F. & Gale, N. (2017). From breathless to failure: symptom onset and diagnostic meaning in patients with heart failure—a qualitative study. *BMJ Open*, 7(3), 1-8. doi:[10.1136/bmjopen-2016-013648](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013648)

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>

Wallengran, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom vården* (s.482-496). Studentlitteratur.

\*Walthall, H., Jenkinson, C. & Boulton, M. (2017). Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), s. 2036-2044. doi: [10.1111/jocn.13615](https://doi.org/10.1111/jocn.13615)

\*Waterworth, S. & Jorgensen, D. (2010). It's not just about heart failure - voices of older people in transition to dependence and death. *Health and Social Care in the Community*, 18(2), 199-207.

Wikström, G. (Red.), (2014). Hjärtsvikt. Studentlitteratur.

Whitehead, L. (2017). The family experience of fatigue in heart failure. *Journal of family nursing*, 23(1), 138-156. doi: [10.1177/1074840716684232](https://doi.org/10.1177/1074840716684232)

Zambroski, CH, Moser, DK, Bhat, G., & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4 (3), 198–206. doi:[10.1016 / j.ejcnurse.2005.03.010](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010)

Östlundh, L. (2017) Informationsteknik. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59- 82). Studentlitteratur

## Bilaga 1 Söktabell

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
Cinahl 2020-01-24	Experience*, heart failure, qualitative	194	194	20	6
Medline 202-01-24	Experience* AND heart failure* AND qualitative AND symptom*	25	25	5	1
Medline 2020-01-25	Patient experience AND heart failure AND living	51	51	4	1
Cinahl 2020-01-27	Fatigue AND patient* AND chronic heart failure	70	70	5	2
Cinahl 2020-01-29	patient experience AND heart failure AND living	17	17	4	2
Medline 2020-01-30	Patients AND experiences AND living AND chronic heart failure	16	16	6	1
PubMed 2020-01-31	living AND qualitative AND experience AND advanced heart failure	11	11	4	2

## **Bilaga 2 Granskningsfrågor**

### Granskningsfrågor för kvalitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
- Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?
- Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?



### Bilaga 3 Översiktstabell över artiklar

Författare Titel Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat	Etiska överväganden
Walthall, H., Jenkinson, C. & Boulton, M. (2017).  Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study.	Undersöka hur personer med hjärtsvikt upplever andfåddhet.	25 deltagare som intervjuades med Semistrukturerad intervju	De beskrev hur andfåddhet påverkade deras dagliga liv och deras känslor. De beskrev hur de hanterade andfåddheten	Studien är godkänd av National Research Ethics Service
Klindworth, 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	Förstå äldre personer med hjärtsvikt ser på sjukdomen och hur de uppfattar sina medicinska och psykosociala behov.  Patientperspektiv	Longitudinell kvalitativ intervjustudie använde forskarna.  25 personer intervjuades och analyserades med hjälp av Grounded Theory.	Longitudinell kvalitativ intervjustudie använde forskarna.  25 personer intervjuades och analyserades med hjälp av Grounded Theory.	Deltagarna lämnade in ett skriftligt godkännande efter dem fått information om studien.  Hannover Medical Schools etiska nämnd har godkänt studien.
Hägglund, L., Boman, K. & Lundman, B. (2008).  The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure  European Journal of Cardiovascular Nursing	Att undersöka äldre kvinnors upplevelser av fatigue.  Patientperspektiv	10 kvinnor intervjuades. Och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	De behövde hjälp från andra och upplevde sig främmande med sina kroppar. Kvinnorna tyckte det var viktigt att bevara de fysiska förmågor som de hade.	Studien är godkänd av Ethics Committee of the Medical Faculty, Umeå University, Sweden.  Studien följer riktlinjer av Helsingforsdeklarati onen.

<p>Lowey, S. E., Norton, S. A., Quinn, J. R. &amp; Quill, T. E. (2013).</p> <p>Living With Advanced Heart Failure or COPD: Experiences and Goals of Individuals Nearing the End of Life</p> <p>Research in Nursing &amp; Health</p>	<p>Beskriva patienters upplevelser med hjärtsvikt och kol har av omvårdnads mål efter skrivit ut från sjukhus</p> <p>Patientperspektiv</p>	<p>En kvalitativ forskningsdesign. Intervjuer genomfördes med vägledning av semistrukturerad intervju metod</p>	<p>De som deltog upplevde att de hade tid kvar att leva och anpassade sina liv efter sina symtom. Trots rädsla hade de hopp om framtiden och att läkaren skulle säga till om deras tillstånd blev värre</p>	<p>De fick information om studien och lämnade ett skriftligt godkännande. Studien är godkänd av The University of Rochester och hälso och sjukvårdsmyndigheten.</p>
<p>Pihl, E., Fridlund, B., &amp; Mårtensson, J. (2011).</p> <p>Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Science</p>	<p>Beskriva hur patienter med kronisk hjärtsvikt upplevde fysiska begränsningar i det dagliga livets aktiviteter.</p>	<p>15 deltagande med hjärtsvikt. Intervjuer genomfördes med kvalitativ design med fenomenografisk metod användes</p>	<p>Personer med hjärtsvikt upplevde att de måste hitta strategier att utföra dagliga aktiviteter och hur de förlorar sina sociala nätverk.</p>	<p>Studien är godkänd av etiska nämnden i Halmstad universitet. Deltagarna fick två veckor på sig att skriva under ett godkännande för att delta i studien.</p>

<p>Seah, A, tan, K &amp; gan, C. (2016).</p> <p>Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study</p> <p>Journal of Transcultural Nursing</p>	<p>Beskriva personer med hjärtsvikt erfarenheter, behov och hanteringsstrategier i Singapore.</p>	<p>Kvalitativ design och intervjuer med 15 deltagande</p>	<p>Patienterna upplevde osäkerhet inför framtiden. De hade emotionell negativ påverkan.</p>	<p>Studien är godkänd institution ethical review board</p>
<p>*Gullvåg, M., Gjeilo, K., Fåln, N., Norekvål, T., Mo, R., &amp; Broström, A. (2019).</p> <p>Sleepless nights and sleepy days: A qualitative study exploring the experiences of patients with Chronic heart failure and newly verified sleep-disordered breathing.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>Undersöka hur sömnen påverkas av andningen med kronisk hjärtsvikt.</p>	<p>Semistrukturerad intervju med 17 deltagande i Norge.</p>	<p>Sömnsvårigheterna hade konsekvenser för deras dagliga liv.</p>	<p>Studien följer helsingforsdeklarationen och godkändes av regionkommittén för etik för medicinsk och hälsovetenskap i västra Norge.</p>
<p>Ryan, M., &amp; Farrelly, M. (2009).</p> <p>Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the Experience of living with advanced heart failure</p>	<p>Utforska patienters upplevelser av att leva med avancerad hjärtsvikt.</p>	<p>9 personer intervjuades ostrukturerade med fenomenologisk studie</p>	<p>Patienterna upplevde hur de lever i rädsla för sjukdomen. Samt hur tröttheten påverkade dem. De beskrev hur de levde ett begränsat liv och att de</p>	<p>Studien är godkänd av the Regional Ethics Review Board i Umeå.</p>

European Journal of Cardiovascular Nursing			Behövde mer stöd från andra.	
Waterworth, S. & Jorgensen, D. (2010).  It's not just about heart failure - voices of older people in transition to dependence and death. Health and Social Care in the Community,	Undersöka upplevelser hos äldre patienter med hjärtsvikt.	25 patienter NYHA-klassifikation II till IV intervjuades.  Kvalitativ studie med generell induktiv analys.	Patienters upplevelser av livets slut. Osäkerhet var en vanlig upplevelse och att de förväntar sig god vård sista tiden i livet. .	Studien är godkänd av Northern Regional Ethical Committee
Heo S., Lennie T, Okoli C. & Moser, D.K. (2009).  Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients.  Heart & Lung	Utforska patienters med hjärtsvikt upplevelser av livskvalitet.	20 personer med hjärtsvikt intervjuades Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer.	Patienterna beskrev att de blev fysiska begränsade vilket påverkade deras livskvalité.	Studien godkändes av en etisk nämnd. Deltagarna lämnade ett skriftligt godkännande att delta.
Nordgren, L., Asp, M. & Fagerberg, I (2007).  Living With Moderate-Severe Chronic Heart Failure as a Middle-Aged Patient.	Utforska och beskriva vad det innebär att leva med måttlig till svår hjärtsvikt som en medelålder person.	7 stycken med NYHA III till IV intervjuades. Kvalitativ studie med fenomenologisk analys	Patienter upplever att deras livssituation förändras och att de måste anpassa sig efter sin livssituation.	Studien är godkänd av en etisk kommitté på Örebro universitetssjukhus
Burström, Brännström,	Belysa kvinnors upplevelser av	Gruppintervjuer med 8 kvinnor	Acceptans av det förflutna,	Deltagarna informerades och

<p>Boman &amp; Strandberg (2012).</p> <p>Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure</p>	<p>att leva med hjärtsvikt med fokus på känslorna av säkerhet samt osäkerhet.</p>	<p>som analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>det aktuella och framtid leder till en känsla av acceptans. Känslor av skuld över att vara sjuk, känslor av att inte vara kapabel till det man tidigare varit kapabel till, leva med rädsla över att kroppen har svikit en, ha ångest över att bli mer beroende av andra, känna sig ensam, tänka på döden.</p>	<p>studien godkändes av en forskningskommitté från ett universitet.</p>
<p>Aldred, H., Gott, M. &amp; Gariballa, S. 2005</p> <p>Advanced heart failure: impact on older patients and informal carers.</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Undersöka hur hjärtsvikt påverkar äldre patienter och deras anhörigas liv.</p>	<p>10 deltagande intervjuades samt en av deras anhöriga. Kvalitativ studie med tematisk analys</p>	<p>Tröttheten gör patienterna begränsade och har en negativ påverkan på livet. Sjukdomen påverkade även relationen med anhöriga.</p>	<p>The local research ethics committee godkände studien</p>
<p>Taylor, C. J., Hobbs, F. D. R., Marshall, T., Leyva, Leon, F. &amp; Gale, N. (2017)</p> <p>From breathless to failure: symptom onset and diagnostic meaning in patients with heart</p>	<p>Utforska symptomen och diagnostikens mening ur patientens perspektiv</p>	<p>16 personer intervjuades med semistrukturerad intervju. Kvalitativ metod.</p>	<p>Patienterna sökte vård när symtom påverkades deras liv. På grund av kunskapsbrist fick patienterna psykiska besvär.</p>	<p>Studien är godkänd av Hampshire A Research Ethics Committee. Deltagarna lämnade en skriftligt godkännande.</p>

<p>failure—a qualitative study</p> <p>BMJ Open</p>				
<p>Norberg, E., Boman, K., Löfgren, B., &amp; Brännström, M. (2014).</p> <p>Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure</p> <p>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</p>	<p>Syftet var att beskriva patienternas upplevelse av begränsning i arbetslivet och strategier för att hantera hjärtsvikt hos äldre personer</p>	<p>10 patienter intervjuades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Patienterna strävar att balansera de fysiska ansträngningarna att utföra meningsfulla aktiviteter. Andfåddheten samt tröttheten beskrevs som en bromskloss.</p>	<p>Etisk godkänd från etikgranskningsnämnden i Umeå, Sverige</p>

