

Livskvalitet och familjefunktion hos par som lever med hjärtsvikt

- *Vi har undersökt hur livskvalitet och familjefunktion är förknippat med depressiva symtom och hur detta samvarierar mellan patienten med hjärtsvikt och närstående.*



Hjärtsvikt är ett vanligt förekommande tillstånd som påverkar patienten både fysiskt och mentalt. För många patienter är sjukdomsförloppet varierande med stabila perioder som varvas med perioder av försämring som ofta kräver sjukhusvård.¹

Det är vanligt att patienten själv har svårt att i tid notera tecken på försämring och att då vidta egenvårdsåtgärder. Som en följd av detta är patienten i behov av stöd och hjälp från familj och närstående för att hantera sjukdomen i vardagen. Vanligtvis är det partner eller barn som ger det största stödet, som bland annat består av att hjälpa patienten att klara egenvården för att undvika försämring. Det kan vara allt ifrån att hjälpa till med konkreta uppgifter, som dagliga viktkontroller och hjälp med läkemedel, till att ge kognitivt stöd där närstående bedömer symtom och agerar vid eventuella tecken på försämring.²

Närstående saknar ofta kunskap och stöd

Närstående upplever ofta att de inte har tillräcklig kunskap om hjärtsvikt och att de saknar stöd från sjukvården. Vården utgår vanligtvis från patientens situation och behov, och även om närstående är välkomna att delta vid till exempel läkarbesök så bjuds de inte in rutinmässigt och sjukvårdspersonalen glömmar ibland bort att efterhöra hur närståendes situation ser ut.^{3,4}

Närståendes vårdböroda

Resultatet från en långtidsuppföljning av 155 par där en i paret var drabbad av hjärtsvikt och där båda parter deltog i en tre månader lång utbildning utöver ordinarie uppföljning visade att partnern ändå upplevde en högre vårdböroda efter två år. Allmän ansträngning och problem att hantera praktiska frågor kring sjukdomen upplevdes som mest betungande.

Paren ansåg att tre månaders uppföljning var för kort. För att känna trygghet i situationen efterfrågade de långsiktigt stöd och enkel tillgång till den vårdgivare som hanterade hjärtsvikten. Paren upplevde också att det var viktigt att både patient och partner bjuds in av vårdpersonalen. Många ville också träffa andra par som lever i samma situation.^{4,5}

Patienters och anhörigas livskvalitet samvarierar

Hos både patienter med hjärtsvikt och deras närstående är depression vanligt förekommande. Det i sin tur innebär ökad risk för bristande egenvård, vilket i sin tur ökar risken för sjukhusvård. Vidare leder det ofta till låg livskvalitet på individnivå.⁶

Familjefunktion är ett annat viktigt mått när det gäller patientens upplevda hälsa och omfattar problemlösning och kommunikation, båda väsentliga faktorer för en god och effektiv egenvård. En omtänksam och varm relation inom familjen kan påverka hälsan på ett positivt sätt. Ett problematiskt förhållande har ofta en negativ inverkan på hälsa och välbefinnande hos både patienter och vårdgivare.

I en nyligen publicerad artikel undersökte vi hur livskvalitet och familjefunktion var förknippat med depressiva symtom och hur detta samvarierade mellan patient och närstående.⁷ De enkäter vi använde var: Beck Depression Inventory-II för att mäta symtom på depression, Short Form 36 för att mäta fysisk och mental livskvalitet samt McMaster Family Assessment Device för att mäta familjefunktion.

Totalt 91 par bestående av patient (medelålder 61,9 ± 12,5) och anhörig (medelålder 56,7 ± 4,9) kategoriserades i fyra grupper:

1. Ingen i paret skattade depressiva symtom (43,9 procent)
2. Endast närstående skattade depressiva symtom (13,2 procent)
3. Endast patienten skattade depressiva symtom (23,1 procent)
4. Båda skattade depressiva symtom (20,9 procent).

Par där ingen skattade depressiva symtom hade de högsta nivåerna av fysisk och mental livskvalitet av grupperna. Par där båda skattade depressiva symtom hade de lägsta nivåerna av fysisk och psykisk livskvalitet ($p < 0,001$) och de lägsta nivåerna av allmän familjefunktion samt egenvårds- och kommunikationsförmåga ($p < 0,001$).

Slutsats

Studien visade att depressiva symtom är vanligt förekommande hos både patienter och deras närstående. Par där både patienten med hjärtsvikt och dennes närstående skattar depressiva symtom hade störst risk att uppleva låg livskvalitet och låg familjefunktion. Vårdpersonal bör vara uppmärksam på tecken på depression hos paren för att kunna förbättra bådars fysiska och mentala hälsa.

Referenser

1. McDonagh T, Metra M, Adamo M, et al. ESC Scientific Document Group. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, European Heart Journal. Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36): 3599–3726. DOI:10.1093/eurheartj/ehab368.
2. Buck HG, Harkness K, Wion R, et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015 Feb;14(1): 79–89.
3. Stromberg A, Luttik ML. Burden of caring: Risks and consequences imposed on caregivers of those living and dying with advanced heart failure. Curr Opin Support Palliat Care. 2015 Mar;9(1): 26–30.

4. Liljeroos M, Agren S, Jaarsma T, Stromberg A. Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2014 Oct;23(19-20): 2928-2938.
5. Liljeroos M, Ågren S, Jaarsma T, et al. Long-term effects of a dyadic psycho-educational intervention on caregiver burden and morbidity in partners of patients with heart failure: a randomized controlled trial. *Qual Life Res*. 2017 Feb;26(2): 367-379.
6. Lyons KS, Sadowski T, Lee CS. The role of concealment and relationship quality on patient hospitalizations, care strain and depressive symptoms in heart failure dyads. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020 Feb;19(2): 118-124.
7. Liljeroos M, Miller J, Lennie T, Chung M. Quality of life and family function are poorest when both patients with heart failure and their caregivers are depressed. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2021 Aug 26. DOI:10.1093/eurjcn/zvab071.

Intressekonflikt

Författaren har erhållit föreläsararvode från Bayer, Boehringer Ingelheim AB och Novartis.



FÖRFATTARE

Maria Liljeroos

leg Sjuksköterska, Medicine doktor, Medicinkliniken Mälarsjukhuset, Centrum för klinisk forskning Region Sörmland samt adjungerad universitetslektor, Institutionen för hälsa, medicin och vård, Avdelningen för omvårdnad och reproduktiv hälsa, Linköpings universitet, Sverige

Teknikerbyen 5, 2 sal
2830 Virum, Denmark
Telefon +45 4466 9210
CVR-nr. 40114483

Användaråtkomst: hello@bpno.dk

Redaktionen: redaktion@bpno.dk

Annonsering /sponsring: sales@bpno.dk

Om BestPractice Nordic

BestPractice Nordic arbetar för att förbättra folkhälsan och patientvården genom dialog och förmedling av bästa praxis mellan läkare och vårdpersonal.

Privacy Overview ×

This website uses cookies to improve your experience while you navigate through the website. Out of these cookies, the cookies that are categorized as necessary are stored on your browser as they are essential for the working of basic functionalities...

[Visa mer](#)

> Necessary

Alltid aktiverad

> Analytics

Aktiverad

