



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle
Sektionen för omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete i omvårdnad 15 hp
Vårtermin 2016

**“Varför behöver jag ta vätskedrivande?”
Omvårdnad som stödjer framgångsrik egenvård hos
personer med kronisk hjärtsvikt**

En allmän litteraturstudie

**“Why do I need to take a diuretic?”
Nursing that support successful self-care of people with
chronic heart failure**

A general literature review

Författare: Amelie Lickander och Eva Hultgren Gahm

Handledare: Anette Forss, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle

Examinator: Mathilde Hedlund Lindberg, , Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Personer med kronisk hjärtsvikt upplever ofta att de inte är delaktiga i egenvården. De känner också att de inte har tillräcklig kunskap och förståelse för de bakomliggande orsakerna till hjärtsvikten. Om kunskap saknas hos personer som lever med hjärtsvikt blir det svårt att lyckas med egenvården. De riskerar att missa viktiga symtom och ovissheten kan skapa oro. Vårdgivare behöver vara medvetna om omvårdnadsfaktorer som kan hjälpa till att utforma strategier för god egenvård.

Syfte: Att belysa omvårdnadsfaktorer som kan stärka framgångsrik egenvård hos personer med kronisk hjärtsvikt.

Metod: Allmän litteraturstudie. Tio vetenskapliga artiklar har jämförts och analyserats.

Resultat: Det framträdande huvudtemat är (1) Kunskap, vilket visar sig vara ett övergripande behov hos personer med kronisk hjärtsvikt. Tre subteman växte sedan fram, Utbildning och information (1), Oro som barriär (2) samt Delaktighet (3).

Diskussion: Resultatet diskuterades utifrån Dorotea Orem's Self Deficit Nursing Theory, teorin om Egenvårdsbalans

Slutsats: Grundläggande kunskap och förståelse kring sitt eget hälsotillstånd är nödvändigt för personer med hjärtsvikt. Genom att tillgodose detta behov kan individens förutsättningar för god egenvård och en tillfredsställande livskvalitet främjas.

Nyckelord: Omvårdnad, information, egenvård, oro, delaktighet.

ABSTRACT

Background: People with congestive heart failure often experience that they are not complicit in self-care. They feel that they do not have sufficient knowledge and understanding of the causes of heart failure. If the understanding is lacking, it becomes difficult to succeed in self-care. The person is risking to miss important symptoms, and the uncertainty could create anxiety. Caregivers need to be aware of the nursing factors that can help design strategies for good self-care.

Objective: To highlight the nursing factors that can enhance successful self-care of people with chronic heart failure.

Method: General literature review. Ten articles were compared and analysed.

Results: The main theme is (1) Knowledge, which turns out to be the overall need of people with heart failure. Three subthemes appeared, Education and information (1), Worry as a barrier (2) and Participation (3).

Discussion: The result were discussed on the basis of Dorotea Orem's Self Deficit Nursing Theory.

Conclusion: Basic knowledge and understanding of one's own health status is necessary for people with heart failure. By responding to this need, the individual's conditions for good self-care and a satisfactory quality of life is promoted.

Keywords: Nursing, information, self-care, anxiety, participation

Innehåll

SAMMANFATTNING	2
ABSTRACT	2
1. INLEDNING	4
2. BAKGRUND	4
3. DOROTHEA OREM'S SELF CARE DEFICIT THEORY OF NURSING	7
4. PROBLEMFÖRMULERING	9
5. SYFTE	9
6. METOD	9
6.1 DESIGN	9
Tabell 1	10
Tabell 2	11
7. RESULTAT	13
Tabell 3	13
8. DISKUSSION	17
8.1 METODDISKUSSION	17
9. RESULTATDISKUSSION	19
10. RELEVANS FÖR OMVÅRDNAD OCH SAMHÄLLE	21
11. BEHOV AV VIDARE FORSKNING	21
12. SLUTSATS	22
13. SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION	22
REFERENSER	23
BILAGOR	27
Bilaga 1	27
Tabell 4	27
Bilaga 2	28
Tabell 5	28

1. INLEDNING

Under den verksamhetsförlagda utbildningen i slutenvården har vi mött personer som lever med kronisk hjärtsvikt. Vi har reflekterat över att de ofta förefaller ha otillräcklig kunskap om symtom och komplikationer för att kunna utföra adekvat egenvård. Vid utskrivning från slutenvården till hemmet får patienten mycket information, vanligtvis vid sista rondtillfället och av flera personer samtidigt. Informationen ges ofta utan varken hänsyn till den enskilde individens förmåga att ta till sig kunskap, eller med tanke på att patienten kanske är överväldigad av hur livet förändrats i och med den kroniska sjukdomen. Vi har noterat att sjuksköterskan ofta är den som patienten sedan vänder sig till för att få hjälp med att sortera informationen som givits under ronden. Under utbildningen lär vi oss vikten av att tillvarata patientens egna resurser och främja dennes delaktighet i sin egen vård. Vår upplevelse är dock att personer med kronisk sjukdom inte involveras tillräckligt i sin egenvård under sjukhusvistelsen, för att efter vårdtillfället kunna lyckas fullt ut med sin egenvård. Författarna anser att omvårdnaden och omvårdnadsaktiviteterna under vårdtillfället kan vara lämpliga tillfällen för att överbygga eventuella kunskapsbrister och skapa förståelse för sambanden mellan symtom, komplikationer och behandling hos patienten. Med denna studie avser vi att belysa omvårdnadsfaktorer som stärker förmågan till en framgångsrik egenvård hos patienter med kronisk hjärtsvikt. I texten förekommer både orden kronisk hjärtsvikt och hjärtsvikt. Båda formuleringarna hänvisar till kronisk hjärtsvikt då tillståndet akut hjärtsvikt inte behandlas i denna litteraturstudie.

2. BAKGRUND

2.1 HÄLSA OCH OHÄLSA

I enlighet med WHO:s konstitution definieras hälsa som (fritt översatt från engelska) “ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom och svaghet” (1946). WHO:s definition brukar betraktas som ett idealtillstånd.

Hälsa kan förutom frånvaro av sjukdom uppfattas som något existentiellt. Ett tillstånd av välbefinnande där man känner livslust och efter egen förmåga kan genomföra sina livsprojekt eller sina dagliga rutiner oavsett sjukdom (Dahlberg och Segesten, 2010).

Ohälsa har historiskt definierats som en klinisk status av sjuklighet och patologi. Med ett humanistiskt synsätt beskrivs individen som en helhet och fokus läggs på interaktionen med omvärlden. Ohälsa kan genom detta perspektiv uppfattas som individens oförmåga att handla på ett sätt som främjar den egna hälsan. (Hedelin, Jormfeldt, Svedberg, 2009).

2.2 KRONISK SJUKDOM

Personer som har en kronisk sjukdom lever med ett hälsotillstånd som ofta försämras med tiden, och med en vetskap om att det oftast inte är möjligt att bli helt frisk (Kristofferzon, Lindqvist, Nilsson, 2011). Det kan upplevas som att den egna kroppen och sjukdomen är det som sätts i fokus. Upplevelser av känslor som ensamhet och sårbarhet kring det förändrade hälsotillståndet, kan uppenbara sig och tyckas svåra i förhållande till hur det kändes innan sjukdomen debuterade (Barremo, Bruce, Salander, Sundin, 2008). De vanligaste kroniska sjukdomarna är; sjukdomar i cirkulationsorganen, diabetes, cancersjukdomar, sjukdomar i andningsorganen, psykiska- och

beroendesjukdomar, muskel- och ledsjukdomar samt långvarig smärta (Socialdepartementet, 2014).

Det är främst äldre personer som drabbas av kronisk hjärtsvikt (Hjärt- och lungfonden, 2013). Incidensen för att drabbas är högre för män jämfört med kvinnor (Mehta & Cowie, 2006). Hos män är det vanligast med kranskärlsproblem och hos kvinnor hypertoni och diabetes som underliggande orsak till hjärtsvikten (Eikeland, Haugland, Stubberud, 2011).

Omkring 250 000 personer i Sverige lider av kronisk hjärtsvikt. Till skillnad från andra hjärtsjukdomar, ökar hjärtsvikt bland den åldrande befolkningen. Förbättringar vad gäller diagnostik och medicinsk behandling har under de senaste 15 åren förlängt överlevnaden och höjt livskvaliteten för personer med hjärtsvikt (Hjärt- och lungfonden, 2012).

2.3 ATT LEVA MED KRONISK HJÄRTSVIKT

Personer som lever med kronisk hjärtsvikt upplever ofta att hälsotillståndet begränsar de vardagliga aktiviteterna. De måste planera tillvaron extra kring saker som att handla eller laga mat. Dessa, till synes basala aktiviteter, kan vara ansträngande på grund av den påverkan som hjärtsvikten har på kroppen (Pihl, Fridlund, Mårtensson, 2011). Det kan leda till att personer med hjärtsvikt upplever att livskvaliteten försämras. Enligt Mehta & Cowie (2006) är vanliga symtom upplevelsen av att känna utmattning och orkeslöshet, att andningen påverkas och upplevs som mer arbetsam, samt att vätska ansamlas i kroppen. Symtomen inverkar på individens sociala liv eftersom man inte orkar delta i olika aktiviteter i samma utsträckning som tidigare (Mehta & Cowie, 2006). Nedsatt aptit och illamående är också vanliga symtom hos personer med hjärtsvikt (Kemp & Contè, 2012). Brist på kunskap om läkemedlens verkan, svårigheter att ändra livsstil gällande kost, motion, tobak- och alkoholbruk, negligera symtom på att sjukdomen förvärras och därmed dröjer med att söka vård, är bland de vanligaste orsakerna till återinläggning på sjukhus för personer med kronisk hjärtsvikt (Paul, 2008).

En amerikansk studie av Heo, Moser, Lennie, Zambroski, Chung, (2007) med 206 deltagare i åldern > 75 år, undersökte upplevelsen av livskvalitet hos friska personer jämfört med personer med hjärtsvikt. Av deltagarna levde 90 personer med hjärtsvikt, resterande 116 deltagare var friska. Resultatet visade att personer med hjärtsvikt ofta upplevde sina kroppsliga funktioner som försämrade och livskvaliteten som relativt låg. Förekomsten av oro och depression var högre hos dessa personer jämfört med de friska deltagarna i studien.

Chuen, Seah, Tan-Kiat, Wang, (2015) beskriver att sjukdomens inverkan på livskvaliteten, och känslan av att kunna delta i sociala sammanhang också påverkas. Framförallt av den läkemedelsbehandling som är ordinerad för att minska förekomsten av symtom relaterade till hjärtsvikten. Ett frekvent behov att gå på toaletten, relaterat till verkan av de vätskedrivande läkemedlen, beskrivs som problematisk i sociala situationer. Hos män kan även biverkningar som läkemedelsrelaterad impotens uppträda, vilket kan upplevas ha en negativ inverkan på livskvaliteten, särskilt hos de män som lever i fasta parförhållanden.

2.4 KRONISK HJÄRTSVIKT - PATOFYSIOLOGI

När hjärtats pumpförmåga har blivit nedsatt och inte längre orkar pumpa runt blodet som behövs för att bibehålla kroppens normala försörjning, uppkommer tillståndet som kallas hjärtsvikt (Ericson & Ericson, 2009). Kroppens kompensatoriska mekanismer klarar till en början att

motverka symtom och tecken på sviktande hjärtfunktion. Mekanismerna förbrukas dock efter hand, samt vid fysisk belastning, och upphör till sist att klara av att stå emot hjärtats sviktande funktion (Eikeland, Haugland, Stubberud, 2011). Hjärtsvikten brukar benämnas höger eller vänstersidig beroende på vilken sida av hjärtat som den uppträder i. Hjärtsvikt kan komma akut exempelvis i samband med hjärtinfarkt eller byggas upp över tid och utmynna i en kronisk svikt. Tillståndet uppkommer ofta till följd av en skada som bildats i hjärtat men kan också bero på extrakardiella sjukdomar som exempelvis diabetes eller lungsjukdom. Ca 80 % av personerna som utvecklar kronisk hjärtsvikt har sedan tidigare kranskärlssjukdom eller hypertoni (Eikeland et al, 2011).

Utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdomar har olika orsaker. Det kan till exempel bero på medfödda defekter eller som en följd av infektion i hjärtmuskeln. Vanligaste orsaken är dock åderförfettning i hjärtats kranskärl. Tillståndet utvecklas över tid och innebär att plack av kalk, bindväv och fett bildas och lagras in i de innersta kärlen runt hjärtat (Strömberg, 2009). Vikten av förebyggande åtgärder hos personer som har en högre predisposition för utveckling av hjärt-kärlsjukdom är betydande. Förebyggande åtgärder såsom fysisk aktivitet, medvetenhet om kostens betydelse, rökstopp samt stresshantering kan reducera risken för utveckling av åderförfettning i kranskärlen (Östergren & Hellenius, 2012).

2.5 DELAKTIGHET I SIN EGEN VÅRD

Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) så innebär delaktighet att patientens vård ska ske i samförstånd med patienten både i dess utförande och utformning. Graden av patientens förmåga till delaktighet i vården ska ske i enlighet med patientens egna förutsättningar och önsknings (2014). Delaktighet i vården handlar även om att få kunskap om sitt hälsotillstånd (Pagels, Wång, Magnusson, Eriksson, Melander, 2008). Delaktighet kan identifieras som en dynamisk process mellan patienten och vårdgivare, där patienten ges möjlighet att få ta del av tillräcklig och korrekt information om sitt hälsotillstånd i en trygg miljö. Känslan av delaktighet hos vårdtagarna upplevs också som större om vårdgivaren visar intresse och uppmuntrar och engagerar patienten till att delta i omvårdnaden av sitt hälsotillstånd (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona, Plos, 2007).

I en studie av Annema, Luttk och Jaarsma (2009), uppger både patienter och vårdgivare att främsta skälet för återkommande sjukhusvistelser är försämring av hjärtsvikten. Studien visade att patienternas upplevelse av varför de återkom till sjukhuset och vårdgivarnas uppfattning sällan stämde överens. Det kan innebära att vårdgivarnas uppfattning leder till att behandlingen patienten får påverkas. Personens upplevelse av att kroppen har lätt att samla på sig vätska tolkas av vårdgivaren som dålig följsamhet till medicineringen och fokus för behandlingen kan då hamna på läkemedlens verkan, istället för på varför patienten inte följer ordinationen (Annema, Luttk, Jaarsma, 2009).

En studie gjord av Bagheri, Yaghmaei, Ashktorab, Zayeri (2012) beskriver att personer med hjärtsvikt önskar bli bemötta med respekt och ses som enskilda unika individer. Personer med hjärtsvikt kan ibland uppleva att vårdgivare inte fullt ut uppmärksammar och identifierar deras behov, varvid känslor av sårbarhet lätt uppkommer. Det kan i sin tur utmynna i ökad påverkan av de psykiska och fysiska symtom som hjärtsvikten för med sig. Studien betonar också vikten av att uppmärksamma och stärka individernas självkänsla.

2.6 EGENVÅRD

Definitionen av egenvård beskrivs av Socialstyrelsen (2012) som den vård som patienten bedöms klara av att genomföra. Antingen med assistans av annan person eller på egen hand.

Enligt Paul (2008) kan individanpassad vård och delaktighet vara framgångsfaktorer för individens egenvård efter sjukhusvistelsen. För att lyckas med egenvården krävs att personen och eventuell närstående känner till vilka symtom som är viktiga att uppmärksamma. Exempelvis varför daglig viktmätning kan vara ett användbart hjälpmedel. Medvetenhet om varför kost- och andra livsstilsförändringar är viktiga samt vilka funktioner läkemedlen har.

En studie gjord av Peter, Robinson, Jordan, Lawrence, Casey, Salas-Lopez, (2015) indikerar att det är vanligt att personer som vårdas på sjukhus för kronisk hjärtsvikt löper stor risk för återinläggning inom en månad. De viktigaste orsakerna till detta verkar vara att individen inte uppmuntrats tillräckligt att ta del i frågor rörande sitt hälsotillstånd under det första vårdtillfället. Dunbar, Jacobson, Deaton, (1998) påvisar faktorer som, redan under pågående vårdtillfälle, kan identifieras som indikatorer för vilka av vårdtagarna som riskerar snabb återinläggning. Några av dessa faktorer kan till exempel vara, motivation och kunskap om sitt hälsotillstånd, eller inställningen gentemot sin behandling. Enligt studien har ett samband påvisats mellan en positiv inställning till egenvård, och en dynamisk relation till vårdgivaren för personer med kronisk hjärtsvikt.

3. DOROTHEA OREM'S SELF CARE DEFICIT THEORY OF NURSING

Den amerikanska sjuksköterskan och omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem har utvecklat omvårdnadsteorin Self-Care Deficit Theory of Nursing, på svenska, Teorin om egenvårdsbalans, (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012). Egenvård (Self Care) är det centrala begreppet i Orems teori och kan definieras som individens förmåga till, och behov av, egenvård. Teorin omfattar också vårdgivarens förmåga till att identifiera och tillhandahålla stödjande omvårdnadsåtgärder. När en patient inte har tillräcklig kunskap om sin sjukdom och behandling försämras förmågan att bedriva egenvård. Fysiska och/eller psykologiska faktorer som är relaterade till sjukdomen kan också påverka förmågan till egenvård (Orem, 2001).

Orems teori om egenvårdsbalans är en sammansättning av tre teorier som relaterar till varandra:

1. THE THEORY OF SELF CARE – TEORIN OM EGENVÅRD:

beskriver personens förmåga att vårda sig själv och sina närstående. Egenvård är en medveten handling och delvis ett inlärt beteende. En persons egenvårdskapacitet styrs av olika faktorer, exempelvis ålder, kön, familjesituation, livsstil, hälsotillstånd, socialt nätverk etc. God hälsa kan vara en indikation på att personen har en tillfredställande egenvårdsförmåga för att kunna balansera sina behov (Orem, 2001; Gustin och Lindvall 2012).

2. THE THEORY OF SELF CARE DEFICIT – TEORIN OM EGENVÅRDSBRIST:

beskriver begränsningar i personens förmåga att balansera sina behov. Yttre och inre faktorer som bidrar till personens kunskap, förmåga, och oförmåga att möta sitt egenvårdsbehov. Personen kan, genom trauma, fysisk- eller psykisk sjukdom helt eller delvis, vara oförmögen att utföra nödvändig egenvård, oförmågan kan vara permanent eller tillfällig (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012).

3. THE THEORY OF NURSING SYSTEMS – TEORIN OM OMVÅRDNADSSYSTEM:

skapar förutsättningarna för omvårdnadsprocessen och tydliggör egenskaperna i omvårdnaden som ska stödja och utveckla patientens förmåga till att möta sina egenvårdsbehov. Denna del av teorin fokuserar på sjuksköterskans kompetens att identifiera en överhängande eller befintlig obalans mellan patientens egenvårdsförmåga och de egenvårdsbehov som patientens aktuella hälsotillstånd kräver. Denna del kan ses som den sammankopplande teorin då den omsluter de andra delteorierna (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012).

Att skapa ett omvårdnadssystem utifrån Orems teori innebär dels att klarlägga patientens egenvårdsbehov (self-care requisites) och egenvårdskrav (self-care demands) och dels tillvarata patienternas egna resurser och kunskaper. Enligt Orem finns det åtta universella egenvårdsbehov, basala såväl som komplexa, som den vuxna, friska människan tillgodoser på sitt eget unika sätt; syresättning, vätskeintag, födointag, elimination, balans mellan vila och aktivitet, balans mellan ensamhet och social interaktion, förebyggande av risker för mänskligt liv – funktion och välbefinnande samt befrämjande av mänsklig funktion och utveckling inom en social gemenskap. När de universella behoven är sörjda för kan en person uppleva hälsa. Sjukdom eller olika typer av skador ställer nya krav på personens förmåga till egenvård utöver de universella behoven. För det mesta klarar personen, ibland med hjälp av närstående, att tillgodose nytillkomna egenvårdsbehov. När detta inte räcker till kan personen behöva omvårdnad. Vid utmaningar som människan måste hantera, till exempel en förändrad livssituation genom sjukdom, kan egenvårdsförmågan brista. Har personen inte tillräcklig kunskap om sjukdomen kan detta vara en av de brister omvårdnaden kan tillgodose för att återställa balansen mellan egenvårdsförmåga och egenvårdskrav (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012).

Gustin och Lindvall (2012) beskriver tre varianter av Orems omvårdnadssystem där en rad medvetna handlingar ska leda fram till att, över tid, återställa personens egenvårdsbalans. Personer som lever med kronisk hjärtsvikt kan vid inläggning på sjukhus ofta ha ett nedsatt allmäntillstånd (Mehta & Cowie, 2006). Omvårdnadsbehovet kan i början vara stort, varvid vårdtagarna kan vara i behov av ett fullständigt kompenserande system där vårdgivaren utför all omvårdnad utan medverkan av patienten. När omvårdnadsbehovet sedan gradvis minskar i takt med att allmäntillståndet förbättras tillgodoses patientens behov med ett delvis kompenserande system där vårdgivaren och vårdtagaren samarbetar med omvårdnaden. Här kan patienten klara av att sörja för de flesta universella egenvårdsbehoven medan vårdgivaren exempelvis hjälper till med läkemedelsadministrering. Med ett stödjande/undervisande system har patienten fysisk förmåga att självständigt utföra egenvård men behöver stöd av vårdgivaren för att utveckla sina färdigheter, vid hjärtsvikt exempelvis att mäta vikten dagligen och reglera vätskeintaget (Gustin och Lindvall, 2012).

4. PROBLEMFÖRMULERING

Leva med sjukdom i hjärtat innebär fysiska begränsningar och berör det innersta i tillvaron. En person med hjärtsvikt kan känna sig extra sårbar eftersom hjärtat är förutsättningen för liv. Vetskapen om att funktionen sviktar kan medföra att personen känner stark oro och uppfattar hela sin existens hotad. En försämrad hjärtfunktion kan ha en negativ påverkan på upplevelsen av livskvalitet eftersom den som är drabbad ofta känner att sjukdomen begränsar livet. Såväl hjärtats nedsatta pumpförmåga som, för sjukdomen nödvändiga läkemedel, kan påverka både det sociala och intima samlivet. Det är viktigt att omvårdnaden är utformad utifrån den enskilde individens situation och förmåga. För att stärka förmågan till egenvård krävs att vårdgivaren är medveten om de faktorer som samspelar för att en person med kronisk hjärtsvikt ska uppleva hälsa och välbefinnande. För att stimulera till god egenvård utanför sjukhusmiljön behöver vårdgivare sträva efter att finna de omvårdnadsfaktorer som kan vara till hjälp för personen i dennes vardag och förhoppningsvis minska risken för återkommande sjukhusvistelser. Vi vill med denna allmänna litteraturstudie undersöka hinder för, samt identifiera omvårdnadsfaktorer som kan främja en god egenvård hos personer med kronisk hjärtsvikt.

5. SYFTE

Belysa omvårdnadsfaktorer som kan stödja framgångsrik egenvård hos personer med kronisk hjärtsvikt.

6. METOD

6.1 DESIGN

Examensarbetet är genomfört och skrivet inom ramarna för en allmän litteraturstudie. En allmän litteraturstudie innefattar enligt Polit & Beck (2014) att författarna gör en sammanställning kring den befintliga forskningen som redan finns inom det valda undersökningsområdet. Detta görs för att ge författarna en uppfattning om hur mycket kunskap som finns inom området. En allmän litteraturstudie kan innehålla både kvalitativ och kvantitativ litteratur (Segesten, 2012).

6.2 DATAINSAMLING

Insamlingsarbetet av artiklar till studiens resultat inleddes med en bred pilotsökning i PubMed och Cinahl då dessa databaser innehåller relevant forskningslitteratur i ämnet omvårdnad. I enlighet med Willman, Stoltz & Bathsevani (2011) har manuella sökningar utifrån fritextord använts för att erhålla förkunskap om problemområdet och för att kunna avgränsa detta. För att underlätta sökandet efter relevant litteratur föreslår Friberg (2012) att syftet med studien omformuleras till sökord. Efter omformulering användes följande som sökord; Heart Failure, Nursing care, Self care. Relevansen i dessa sökord testades sedan genom provsökningar i databaserna, s.k. "Quick & Dirty" (s. 71. Willman, et al, 2011).

Insamling av data har skett genom systematiska litteratursökningar i databaserna PubMed och Cinahl. Sökningarna har gjorts genom att sökorden hämtats i respektive databas thesaurus (ämnesordlista). Medical subject headings (MeSH) i PubMed och Subject Headings i Cinahl. Boolesk sökteknik har använts, vilket innebär att det är möjligt att kombinera sökord med varandra genom operatörerna AND, OR och NOT (Östlundh, 2012). I de systematiska sökningarna har endast operatören AND använts för att kombinera ihop de sökordskombinationer som varit relevanta för den här studiens syfte. Heart failure AND Inpatients AND Hospitalization, Heart failure AND Nursing care, Heart failure AND Self-care AND Patient participation, Heart failure AND Patient centred care, Heart failure AND Anxiety.

6.3 INKLUSIONS OCH EXKLUSIONSKRITERIER

Inklusions- och exklusionskriterier har använts för att anpassa sökningarna till syftet. Kriterierna bestämdes för att sortera bort litteratur som inte var relevant för syftet samt att begränsa antal träffar (Willman et al, 2011). Samma inklusions- och exklusionskriterier har använts i samtliga litteratursökningar, se tabell 1.

Tabell 1. Sammanställning av inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Originalartikel	Artiklar som inte motsvarar syftet för uppsatsen
Engelsk text	Ej primärkällor
Vuxna över 18 år	Systematisk litteraturstudie Översiktsstudie
Artiklar publicerade mellan januari 2000-december 2015	Ej etiskt granskad
Artiklarna ska finnas att tillgå i fulltext genom Karolinska Institutets bibliotek	
Peer Reviewed	

Tabell 2. Sökmatrix systematiska litteratursökningar

Sökord	PubMed Träffar (n)	Cinahl Träffar (n)	Lästa titlar P / C (n)	Lästa abstract P / C (n)	Lästa artiklar i P / C (n)	Valda artiklar i P / C (n)
Heart failure (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	9 668	19412				
Nursing care (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	121945	217107				
Self-care (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	25895	59579				
Heart failure AND inpatients AND hospitalization (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	70	65	70 / 65	10 / 16	4 / 12	1 / 2
Heart failure AND Nursing care (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	75	24	75 / 24	20 / 3	7 / 2	1/0
Heart failure AND self-care AND patient participation (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	54	49	54 / 49	18 / 7	6 / 3	1 / 1
Heart failure AND patient centred care (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	76	20	76 / 20	12 / 3	5 / 3	2 / 0
Heart failure AND anxiety (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	151	69	0 / 69	0 / 8	0 / 4	0 / 1
Heart failure AND patients AND perception (<i>MeSH och Cinahl Headings</i>)	3	9	3 / 9	3 / 5	1 / 2	0 / 1
Summa			503	111	49	10

P= PubMed

C=Cinahl

6.4 DATAANALYS

Ett första urval av artiklar gjordes utifrån titel, sedan lästes abstract i de artiklar där titeln verkat intressant (Willman et al., 2011). Den initiala datainsamlingen resulterade i att 49 artiklar valdes ut. En överskådlig läsning gjordes av artiklarna för att kunna exkludera de titlar som inte ansågs uppfylla syftet. Detta gjorde att 15 artiklar återstod, och efter ytterligare genomläsning valdes 12 artiklar ut till resultatet eftersom de ansågs motsvara frågeställningen. Av de tre bortvalda artiklarna behandlade två enbart patientens följsamhet gentemot läkemedelsbehandling relaterat till egenvård och en utgick från vårdgivarens perspektiv.

De utvalda artiklarna delades upp i tre steg i enlighet med Fribergs modell (2012) för litteraturöversikter. Båda författarna läste enskilt igenom varje artikel vid upprepade tillfällen. Detta gjordes för att först bilda sig en egen förståelse för innehållet och sammanhanget i artiklarna. Därefter kunde en ömsesidig helhetsbild utformas av författarna, genom att diskutera studiernas delar gällande metodbeskrivning, resultat, diskussion samt eventuella begränsningar som beskrivits. En sammanställning gjordes i löpande text över varje enskild artikel för att kontrollera att väsentliga fakta har noterats hos båda författarna (Friberg, 2012). Slutligen skapades en matris i avseende att jämföra artiklarna med varandra för att hitta likheter och olikheter gällande deras syften, metoder, resultat och diskussion, se bilaga 2, tabell 5.

6.5 KVALITETSGRANSKNING

Det är viktigt att gå systematiskt tillväga för att kritiskt kunna värdera de valda studierna. Kvalitetsgranskning kan medföra under- eller övervärdering av faktorer. Granskningen av den vetenskapliga kvaliteten dokumenteras i en mall eller protokoll och uppfattas som mer trovärdig om den utförts av två oberoende granskare. Granskningsprotokollet har enligt Willman, et al, (2011) utformats och anpassats till litteratursökningen för denna studie, se bilaga 1. Författarna har i enlighet med Polit och Beck (2014) först enskilt, och sedan gemensamt granskat urvalet och diskuterat urvalets kvalitet och innehåll. Av 12 utvärderade studier fann författarna 10 som kunde inkluderas i resultatet. Två av studierna var inte etiskt granskade och saknade tydligt beskrivet etiskt tillvägagångssätt och valdes därför bort.

6.6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Enligt Polit och Beck (2014) bör studier föra ett etiskt resonemang för att vårda deltagarnas integritet och värna om deras rättigheter. Ett av inklusionskraven för den här litteraturstudien var att, de artiklar som ligger till grund för resultatet skulle vara etiskt granskade och godkända. Samtliga artiklar har visat sig vara etiskt godkända, och samtliga studier har även inhämtat samtycke från deltagare innan de har inkluderats. Detta har i de flesta studier inhämtats genom både muntligt och skriftligt samtycke. Inför redovisningen av denna litteraturstudie har författarna eftersträvat att redogöra för resultatet genom en objektiv och korrekt återgivning av granskade studier.

7. RESULTAT

Resultatet utgår från tio vetenskapliga artiklar som publicerats mellan åren 2005-2014. Ett huvudtema framkom genom artiklarna (1) Kunskap. Detta tema beskriver det övergripande behovet som har identifierats genom analysen. Tre subteman framträdde också genom analysen av artiklarnas innehåll, se tabell 3.

Tabell 3. Sammanställning av resultat med huvudtema och underteman

Huvudtema	Kunskap		
Subtema Artiklar	Utbildning och Information	Delaktighet	Oro som barriär
1	X		
2	X		
3	X		
4	X		
5	X	X	
6			X
7			X
8			X
9		X	
10		X	

7.1 UTBILDNING OCH INFORMATION

Betydelsen av en fungerande egenvårdsrutin vid kronisk hjärtsvikt kan göra en stor skillnad i det vardagliga livet för de personer som lever med detta hälsotillstånd. Men för att egenvården ska utföra så krävs en förståelse och insikt om varför egenvården är viktig.

Wang, Lin, Lee, och Wu, (2011) beskriver i sin studie att patienten ofta upplever det frustrerande att gå från sjukhusavdelningens rutiner och trygghet till osäkerheten i hemmet där individen måste sköta vården själv. Studien beskriver att ett utbildningsprogram om egenvård under sjukhusvistelsen leder till mindre osäkerhet i vardagen utanför sjukhuset. Regelbunden uppföljning ses också som en viktig del för framgång med egenvård. Kunskapen patienten

inhämtar genom utbildningen kan leda till att patienten uppmärksammar symtom på försämring, förändrar livsstil och utför åtgärder som underlättar vardagen (Wang et al, 2011).

Howie - Esquivel och Dracup, (2011) har studerat vikten av att utbildning och information behöver vara anpassad till patientens kunskapsnivå och ges till patienten vid rätt tillfälle. När vårdgivaren använder medicinskt fackspråk försämrar kommunikationen och patienten tar inte till sig viktig information vilket försämrar förutsättningarna för god egenvård.

Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker och Cowie, (2011) undersökte uppfattningen om hjärtsvikt och livskvalitet efter utskrivning från sjukhus hos 88 deltagare. Deltagarna fick besvara olika frågeformulär, först direkt i anslutning till utskrivning, sedan efter 2 månader och slutligen efter 6 månader. De flesta deltagarnas uppfattning om sin sjukdom visade sig från början vara låg, och de ansåg sig själva inte riktigt veta hur eller varför de drabbats av hjärtsvikt. Denna uppfattning ökade inte nämnvärt under studiens gång. Studien visar att deltagarnas självsäkerhet gällande egenvård minskade om de kände en större känslomässig påverkan på sitt liv, till skillnad från de deltagare som hade förmågan att själva förstå orsakerna till sin hjärtsvikt. Ett individanpassat arbetssätt mellan vårdtagare och vårdgivare beskrivs som en förutsättning för god egenvård. Studiens resultat föreslår mer utbildning för personer med hjärtsvikt för att öka förståelsen kring vad som kan orsaka tillståndet, och hur de själva kan ta hand om sig för att behålla en god livskvalitet.

En svensk studie av Ross, Ohlsson, Blomberg och Gustafsson, (2014) undersökte om i förväg nedskrivna frågor kunde ge en mer individanpassad vård. Deltagarna fick skriva ned frågor kring sin hjärtsvikt innan de mötte vårdgivare. Studien utformades genom att använda sig av en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Kontrollgruppen bestod av 41 deltagare som träffade en sjuksköterska regelbundet och fick konventionell utbildning. Interventionsgruppen med 44 deltagare utbildades om sitt hälsotillstånd, samt vilka frågor som kunde vara värdefulla att anteckna innan mötet med sin vårdgivare. Deltagarna i båda grupperna uppgavs generellt ha liten kunskap om hjärtsvikt. Genom personernas i förväg antecknade frågor framträdde fyra huvudteman som de önskade erhålla mer kunskap om; framtida hälsa, sjukdomens orsak, hantering av sjukdomen, samt dess påverkan på livet. Deltagarna ville få en ökad kunskap om varför de upplevde speciella symtom av sin hjärtsvikt, samt om orsakerna och ursprunget till hjärtsvikt. De ville också lära sig mer om anpassning av kostvanor, vilka resurser som vården kunde erbjuda dem, samt hur deras framtida hälsotillstånd skulle utveckla sig. Resultatet visade att deltagarna i interventionsgruppen kände större tillfredsställelse med kunskapen jämfört med deltagarna i kontrollgruppen. Interventionsdeltagarna upplevde att utbildningen var anpassad till deras individuella behov och hade därför lättare att tillgodogöra sig informationen. Deltagarna i kontrollgruppen fick alla samma generella information om hjärtsvikt.

I Taiwan har Wang et al (2011) i en preliminär studie undersökt om personer med kronisk hjärtsvikt upplever bättre livskvalitet, mindre oro samt har färre återinläggningar om de deltar i utbildningsprogram för egenvård vid hjärtsvikt, Heart Failure Self Care (HFSC) jämfört med en grupp patienter som inte deltagit i utbildningsprogrammet. Wang, et al, menar att målet med egenvården är förhöjd livskvalitet genom att förhindra akut försämring och återinläggning på sjukhus. Brist på kunskap om sjukdomen anses vara ett skäl till att personer med kronisk hjärtsvikt dröjer för länge med att söka vård. Extrem trötthet – fatigue, ses ofta som tecken på åldrande snarare än symtom på hjärtsvikt. Endast ett fåtal av deltagarna i grupperna kände till sambandet mellan viktökning och försämrat tillstånd. I studien startade HFSC-programmet vid inläggning på sjukhusavdelning. Programmet bestod av patientutbildning i sjukdomens

patofysiologi, risker och utlösande faktorer, kostens betydelse, läkemedelsbehandling samt andra förebyggande metoder. Genom att använda ett patientutbildningsprogram som introducerades vid inläggningen förstärktes också vårdgivarens roll som stöd till patienten i utformningen av egenvårdstrategier. Utvärdering skedde genom uppföljning i hemmet där vårdpersonal observerade hur personen implementerat egenvården i vardagen. Skillnader mellan de som deltog i programmet och kontrollgruppen kunde påvisas efter tester av hur personerna uppfattade livskvalitet, oro över symtom, funktionalitet samt återinläggningar.

7.2 ORO SOM BARRIÄR

Ovissheten kring vad som sker i kroppen vid hjärtsvikt, och varför det händer kan ha stor påverkan på det psykiska välbefinnandet. Därför är det av stor vikt att uppmärksamma tecken på oro och depression hos personer med hjärtsvikt.

Dekker, Lennie, Doering, Chung, Wu, och Moser, (2013) har i en studie med 556 deltagare, undersökt förekomsten av tecken på oro och depression hos personer med hjärtsvikt. Medelåldern på deltagarna låg kring 60 år. Resultatet pekar på att nästan en tredjedel av deltagarna i studien ansåg sig leva med symtom av oro och depression, vilket motsvarar 179 stycken av deltagarna. Dessa deltagare hade mer uttalade besvär av sin, hjärtsvikt. Antalet deltagare som upplevde problem med oro motsvarade 130 personer i studien, och det var fler kvinnor än män som upplevde oro. Faktorer som, tidigare förekomst av hjärtinfarkt eller samsjuklighet med tecken på stroke, verkade påverka oron. Lägre utbildningsnivå och högre förekomst av antidepressiva läkemedel fanns hos dessa deltagare. Endast 18 av deltagarna kände av tecken på depression, 197 av deltagarna hade däremot kliniskt märkbara tecken på depression, och 54 av dessa personer använde sig av antidepressiva läkemedel. Deltagarna som uppvisade tecken på depression hade oftare genomgått hjärtinfarkt, eller led av samsjuklighet med kroniskt obstruktiv sjukdom och mindre utbildning om sitt hälsotillstånd. Följsamheten till läkemedelsbehandlingen för hjärtsvikt var aningen lägre hos de patienter med tecken på depression jämfört med de som inte hade dessa symtom. Resterande 229 personer, var helt fria från symtom på oro och depression. Dekker, et al, föreslår att vårdgivare bör undersöka tecken på depression hos personer med hjärtsvikt, eftersom det kan leda till utveckling av en orosproblematik.

En brittisk studie av Hallas, Wray, Andreou och Banner, (2009) med 146 deltagare visar att personer med oro och psykiska besvär har tendens till att ignorera symtom, förneka sjukdom eller inte reagera konstruktivt på tillståndet och därmed försämra möjligheterna till en god egenvård. Studien indikerar att personer som lider av depression och ångest har en mer negativ uppfattning om sitt tillstånd och sin förmåga att hantera detta än personer utan psykiska besvär. Dessutom har man sett att psykiska besvär kan förstärka symtom som dyspné, sömnsvårigheter och nedsatt aptit hos personer med kronisk hjärtsvikt. Hallas, et al, menar att vårdgivare bör screena dessa patienter för att kunna anpassa behandlingen och möjliggöra för goda egenvårdstrategier hos personer med oro, ångest och depression.

Lee, Gelow, Mudd, Green, Hiatt, Chien och Riegel, (2013) har gjort en studie med 146 individer i syfte att undersöka om det finns ett samband mellan personer med hjärtsviktssymtomrespons, deras utformning av egenvårdstrategier samt benägenhet att söka professionell rådgivning. Resultatet visade att personer som var bra på att uppfatta symtom och anpassa sina egenvårdstrategier inte nödvändigtvis sökte professionell rådgivning vilket, enligt forskarna, varit

uppfattningen tidigare. De främsta faktorerna för att söka var symtomens svårighetsgrad oavsett kunskapsnivå och egenvårdskompetens hos individen. Största anledningen till att individer inte sökte professionell rådgivning var ångest. Studiens författare menar att de fysiska symtomen är den viktigaste bidragande faktorn till att individer söker rådgivning medan psykiska är en hämmande faktor.

7.3 KÄNSLA AV DELAKTIGHET

Att göra patienten delaktig i sitt hälsotillstånd och behandling har många fördelar för både patienter och vårdgivare. Det skapar goda chanser till att odla förtroendegivande relationer och kan ge en ökad motivation för att upprätthålla egenvårdsbalansen.

En del av de 28 inkluderade informanterna i en studie av Retrum, Boggs, Hersh, Wright, Main, Magid och Allen, (2012) uttryckte bristande förståelse och missnöjdhet i frågor rörande sin egenvård. Bland annat upplevde deltagarna att följa läkemedelsordinationer kändes krångligt och svårt. De uppfattade också att det rådde delade meningar om detta mellan dem och vårdgivarna. Vissa av deltagarna upplevde en frustration gentemot vårdgivarna, då det kändes som att de ibland blev bemötta med okänslighet och dåliga attityder. Många av studiens deltagare uttryckte samma åsikter och önskan om insiktsfullare och mer effektiv vård, som var bättre rustad för hantering av mer specifika patientfrågor om hjärtsvikt. Retrum et al, förklarar att ett förbättrat främjande till egenvård beskrivs uppkomma genom en tillitsfull relation mellan vårdtagare och vårdgivare. Studien beskriver vidare vikten av att eliminera missnöjdhet hos vårdtagaren, eftersom detta kan motverka effekten av en framgångsrik egenvård.

Nordgren, Asp och Fagerberg, (2005) har gjort en studie där sju personer i åldrarna 39 - 65 år intervjuats. Studien visar att vårdgivaren måste vara uppmärksam på hur kronisk hjärtsvikt påverkar personen utifrån ett existentiellt perspektiv, för att på bästa sätt kunna göra patienten delaktig i sin vård. När patienten involveras i vården på ett tidigt stadium, och vårdgivaren på ett aktivt sätt medverkar för att individen ska få förståelse för samband som påverkar sjukdomstillståndet, känner sig patienten sedd och bekräftad. Relationen till vårdgivaren är viktigt för patientens självbild i relation till sjukdomen. Delaktighet kan innebära olika saker beroende på olika syn på begreppet. Vårdgivarens vetenskapliga perspektiv på behandlingen av sjukdomen och personens levda perspektiv samspelar inte alltid. Nordgren, Asp och Fagerberg menar att, för förstå patientens hela situation krävs att den som ska informera och utbilda patienten lyssnar och utgår från patientens perspektiv på sin hjärtsvikt.

Dudas, Olsson, Wolf, Swedberg, Taft, Schaufelberger och Ekman, (2012) har vid ett svenskt sjukhus undersökt om personcentrerad vård minskade osäkerheten många personer känner i samband med kronisk hjärtsvikt jämfört med konventionell vård. 248 personer ingick i studien. 125 personer fick personcentrerad vård, och 123 personer ingick i kontrollgruppen som fick konventionell vård. Studien visar att när patienten är medskapare till sin behandling stärker detta förmågan till egenvård. Jämfört med kontrollgruppen kände sig patienterna mindre osäkra gällande symtom och behandling av sjukdomen. Vidare beskriver Dudas et al, relationen mellan patienten och vårdgivaren som ett partnerskap som kan öka patientens förståelse för vikten av effektiva egenvårdsstrategier. Om man samarbetar utifrån en strukturerad plan kan många av de osäkerheter patienten känner inför sin sjukdom och behandling lösas redan vid vårdtillfället. Att

tidigt involvera patienten i vården kan ses som en faktor som stärker patientens förmåga till god egenvård.

8. DISKUSSION

8.1 METODDISKUSSION

8.2 LITTERATURSÖKNING

Litteraturen som ligger till grund för den här studien har eftersökts från två av de databaser som finns tillgängliga på Karolinska Institutets bibliotek. Enligt Willman, et al, (2011) bör vetenskapliga litteratursökningar göras från olika databaser för att slippa riskera publiceringsbias. Mängden informationskällor kräver kunskap om sök teknik och analys (Friberg, 2012). Författarna är medvetna om att viktig vetenskaplig litteratur kan ha utelämnats i den här studien, dels genom bristande erfarenheter i sök teknik och dels genom att litteratursökningen begränsats till endast två av alla tillgängliga databaser. De två databaserna valdes utifrån uppfattningen att de skulle generera mest antal relevant litteratur för studiens syfte. PubMed innehåller både medicinsk och omvårdnadslitteratur, och Cinahl är en mer specifik databas för omvårdnadsrelevant litteratur. (Willman, et al, 2011).

Sökningar efter vetenskaplig litteratur bör inte genomföras med endast ett sökord (Willman, et al, 2011). De inledande sökorden som redovisas i matrisen för systematiska litteratursökningar är dock fritextsökta för att ge författarna en föreställning av sökordens omfattning i databaserna. Därefter genomfördes en systematisk litteratursökning utifrån syftet genom användningen av tesaurustermer, MeSH i PubMed och Subject Headings i Cinahl samt booleska operatörer (Willman, et al, 2011). Med hjälp av strukturerade ämnesord kan sökningarna preciseras och bruset i dataflödet minskas. Vid sökning med fritextord finns inte denna möjlighet. Eftersom alla sökningar har skett genom kontrollerade ämnesord kan det vara en styrka då relevant litteratur är lättare att hitta med hjälp av tesaurustermer (Willman, et al, 2011). Genom syftet identifierades de sökord som sedan användes för en bred sökning för att kontrollera relevansen i träffarna. I de inledande sökningarna har de booleska operatorerna OR och NOT använts. I de första sökningarna bidrog dessa operatörer till att bredda resultatet vilket författarna ansåg vara en nackdel för den senare strukturerade sökningen. Sökorden kombinerades då med den booleska operatören AND. Operatören AND kopplar ihop sökord (Östlundh, 2012). Detta har varit nödvändigt för att precisera sökningen med avseende på att hitta den mest relevanta litteraturen för syftet (Willman, et al, 2011). Vidare beskriver Willman, et al (2011) att databaserna har olika system för indexering och sökningarna behöver anpassas efter detta vilket de olika sökresultaten författarna fått fram visar. För att precisera sökningarna har vi använt samma sökord i båda databaserna.

Genom att konsultera sakkunnig personal på Karolinska Institutets Bibliotek (KIB) har författarna fått upplysning om tillvägagångssätt för att finna tesaurustermer som betyder samma sak även om de formulerats olika i de olika databaserna. Exempelvis MeSH-terminen, patient participation som använts i PubMed men som Subject Heading är termen formulerad som, consumer participation. Sökningarna gav dock samma resultat d.v.s. träffar som innehöll ordet, patient participation men inte consumer participation. Efter de inledande breda sökningarna valde

också författarna medvetet att inte fördjupa träffbilden relaterad till psykisk ohälsa genom att kombinera sökorden Depression eller Anxiety Neurosis (ångest) med Heart Failure eftersom detta genererade fler träffar i den psykiatriska vårdkontexten, vilken denna allmänna litteraturstudie inte berör. Sökordet anxiety, användes istället eftersom det är den primära översättningen av svenska ordet oro. Kombinationen Heart Failure AND Anxiety gav även relevanta träffar på studier inom berörd vårdkontext som avhandlade både oro och ångest eller oro och depression. Ordet Worry är också översättning för oro men finns inte som tesaurusterm i PubMed eller Cinahl så därför valdes detta ord bort.

I en litteraturöversikt bör inte studier som ingår vara äldre än fem år (Forsberg, Wengström, 2013). Urvalets tidsfönster är femton år vilket kan uppfattas som en svaghet. Vid de inledande sökningarna gav sökningar som omfattade fem år inte tillräckligt med relevanta träffar. Vid konsultation med KIB fick författarna veta att maxgräns för studier till litteraturöversikter är tio till femton år och därav tidsaspekten. Författarna valde maxgränsen för att inte gå miste om viktiga forskningsresultat. Vid urvalet till resultatet visade det sig dock att de flesta studier som var över tio år gamla fokuserade på det biomedicinska perspektivet och därmed inte motsvarade studiens syfte. Författarna anser dock inte att tidsfönstret begränsat urvalet, snarare att det gav perspektiv på hur forskningen gällande omvårdnad av patienter med kronisk hjärtsvikt utvecklats från ett i huvudsak biomedicinskt, till ett mer personcentrerat synsätt på behandling. Den begränsade tiden som funnits till förfogande samt författarnas bristande erfarenhet av att genomföra systematiska litteratursökningar kan vara anledningar till att relevanta sökträffar inte påträffats vid det snävare tidsfönstret.

8.3 INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER

Exklusionskriterier valdes för att i enlighet med Willman, et al (2011) begränsa och minimera variationen i sökresultatet. Begränsningar, som att studier skulle kunna erhållas i fulltext från KIB sattes av praktiska, tidsmässiga och ekonomiska skäl. För att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten i de valda studierna har inklusionskriterier, som att studierna skall varit Peer Reviewed, d.v.s. granskade av andra forskare innan publicering (Karlsson, 2012). Vidare skall studierna vara etiskt granskade och godkända av en etisk kommitté eller skall det tydligt framgå av studiens design att den är utförd med ett etiskt förhållningssätt (tabell 1).

8.4 KVALITETSGRANSKNING

Styrkor är att kvalitetsgranskningen bidrog till att exkludera studier som inte hade ett tydligt etiskt förhållningssätt och inkludera studier som varit granskade av utomstående forskare för att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten. Granskningsmallen utformades efter inspiration av förlaga i Willman, et al, (2011). Sex granskningskriterier utformades med Ja- och Nej-svar. Varje Ja-svar gav ett poäng och Nej-svar gav inga poäng. Femton studier granskades varav tretton uppnådde sex poäng, en studie nådde endast fem poäng och uteslöts därmed. Ytterligare fyra av studierna uteslöts, dock inte p.g.a. den vetenskapliga kvaliteten utan för att de inte var relevanta för frågeställningen. Två av de tio inkluderade studierna (Wang, et al, 2011) (Nordgren, Asp, Fagerberg, 2005) hade små undersökningsgrupper vilket kan påverka resultatets trovärdighet (Willman, et al, 2011). Författarna menar dock att, eftersom studierna omfattas av inklusions- och exklusionskriterierna borgar detta för att studiernas kvalitet kan anses som trovärdig. Svagheter i granskningen kan hänföras till författarnas begränsade erfarenhet av kvalitetsbedömning vilket kan ha påverkat värderingen av den vetenskapliga kvaliteten i studierna.

9. RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien handlar om att belysa omvårdnadsfaktorer som kan stärka framgångsrik egenvård hos personer med kronisk hjärtsvikt.

Resultaten i de artiklar som har använts i studien visar många likheter med varandra, och anses besvara studiens syfte. Resultatet av studierna visar att personer med hjärtsvikt har stort behov av information och stöd för att klara en god egenvård. Återkommande tema handlar framförallt om behovet av kunskap. Brist på utbildning och information om sambandet mellan sjukdom och symtom, visar sig också inverka på den psykiska hälsan hos personer med hjärtsvikt. Detta kan påverka individens förmåga till egenvård i en negativ riktning. Eftersom sjukdomstillståndet kan uppfattas som svårkontrollerat och oförutsägbart kan personen tolka situationen som opåverkbar. De personer som, antingen av eget intresse eller med hjälp av vårdgivare, involveras i sin egen vård verkar ha en bättre förmåga att utveckla framgångsrika egenvårdstrategier.

9.1 BEHOV AV KUNSKAP

Resultatet av denna allmänna litteraturstudie indikerar att det är viktigt för personer med kronisk hjärtsvikt att få kunskap och information om sitt tillstånd. Orem beskriver i sin teori om egenvårdsbrist att, personens förståelse för sin situation och engagemang i sin egenvård påverkas av kunskapen om sjukdomen samt de begränsningar personen har, eller upplever. Genom att ta hänsyn till vad som ligger bakom egenvårdsbristen snarare än att fokusera på att åtgärda problemet, kan man komma tillrätta med det som personen upplever som bekymmersamt för att upprätthålla egenvårdsbalansen (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012).

En ökad satsning i omvårdnaden med individanpassade utbildningar för patienten, om hur det kroniska tillståndet hanteras på bästa sätt, kan stärka patientens självkänsla inför att behärska egenvården hemma i sin vardag (Comin-Colet, Verdù-Rotellar, Vela, Clèris, Bustins, Mendoza, Cladellas, Ferrè, Bruguera, 2014). Kunskap om sjukdomstillståndets mekanismer ger också en ökad förståelse för vikten av att ha en god egenvårdsrutin, i syfte att motverka symtom och sjukdomskänsla som annars kan bli påtaglig hos personer med hjärtsvikt. Enligt Orem (2001) så definieras egenvård som en vardaglig företeelse som är nödvändig att utföra i så pass stor utsträckning som varje enskild individ har kapacitet till utifrån rådande förmåga. Detta för att kunna upprätthålla och underhålla de psykiska och fysiska funktionerna i kroppen på ett tillfredsställande sätt. Likaledes sett ur perspektivet kring personlig integritet, att kunna underhålla förmågan att klara av vardagliga moment själv utan allt för mycket assistans av andra, så långt som det är möjligt. Omvårdnadssystemet kring patienten ska vara ändamålsenligt och egenvårdsaktiviteter för att egenvårdskraven ska kunna tillgodoseas skraddarsys för patientens behov (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012).

9.2 OMVÅRDNAD FÖR MINSKAD PSYKISK PÅVERKAN

Resultatet visar att det, förutom förekomst av fysiska symtom, ofta uppträder en negativ påverkan på den psykiska hälsan hos personer med hjärtsvikt. Tecken på oro eller redan befintlig depression, är vanligt förekommande. Oro beskrivs som ett hinder för att kunna utföra en god egenvård (Pattenden, Roberts, Lewin, 2007; Hodges, 2009). Oro och depression bottnar ofta i en

ofullständig kännedom om sjukdomsförloppet som från början orsakat hjärtsvikten, samt ovisshet om hur en god egenvård kan motverka förekomsten av de besvärande symtom som sjukdomen medför. Vårdgivare bör vara uppmärksamma på tecken till oro eller indikationer på depression hos patienter (Friedman & Griffin, 2001).

Orems teori om egenvårdsbrist (2001) beskriver att patienten ibland kan vara oförmögen att utföra den vård som situationen kräver. Resultatet av denna allmänna litteraturstudie indikerar att personer med kronisk hjärtsvikt som uppvisar tecken på oro eller depression, kan ha behov av stöd och hjälp för att kunna upprätthålla egenvårdsbalansen. Resultatet visar också att personer som redan utvecklat depression behöver extra stöd för att minska de psykiska besvären. Genom att designa ett ändamålsenligt och individanpassat omvårdnadssystem för patienten, som uppmärksammar och stödjer patientens psykiska välmående, finns goda chanser att personer med hjärtsvikt kan uppleva en förbättrad psykisk hälsa. Identifiering av interventioner som underlättar personens förmåga till egenvård, planering av hur dessa ska utföras, av vem och vilka resurser som behövs, är nödvändigt för att kunna tillgodose individens specifika behov. Målsättningen med omvårdnadssystem och interventioner är att de ska ge optimalt stöd för patientens egenvårdsbehov så att personen kan hantera en självständigt fungerande egenvårdsrutin i det vardagliga livet (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012).

9.3 DELAKTIGHET SKAPAR GODA FÖRUTSÄTTNINGAR

Resultatet visar att personer med kronisk hjärtsvikt önskar mer delaktighet i sin egen omvårdnad. Om patienterna ses som en resurs av vårdteamet i de frågor som rör den egna omvårdnaden och behandlingen under möten med vårdgivare så skapas en relation till vårdgivarna. En svensk studie av Leo-Swenne & Skytt (2013) visar att ett sådant tillfälle exempelvis kan vara under rondtillfället på sjukhuset. Studien beskriver att om patienten ges förutsättning för att känna sig trygg, och uppmuntras att ställa de frågor de önskar få svar på så ökar delaktigheten. Delaktighet är något som patienten önskar få upprätthålla både under den tid som de är inlagda på sjukhus, och sedan inför, och efter utskrivning från sjukhuset. Studiens resultat pekar på att känsla av delaktighet och bekräftelse av vårdgivaren påverkar patienten på ett positivt sätt. Det skapar goda förutsättningar för individen att utveckla ökad uppmärksamhet på förekomsten av fysiska symtom relaterade till hjärtsvikten. Det kan också bidra till ett förbättrat egenvårdsförfarande (Barello, Graffigna, Vegni, Savarese, Lombardi, Bosio, 2014). Vårdgivare behöver involvera patienten i den egna omvårdnaden, och visa intresse för personen genom att anta en empatisk och lyssnande roll (Gesell, Clark, Williams, 2004). Enligt Manning (2011) kan vårdgivarens tidsbrist vara en anledning till att patienten får för lite information vid utskrivning från sjukhuset till hemmet. Vidare menar Manning att användande av ett verktyg för screening av patientens kunskap om sin hjärtsvikt skulle kunna vara till nytta för att individanpassa utbildning och information vid utskrivningar (Manning, 2011).

Enligt Orems teori om egenvårdsbalans (2001) är det viktigt att patienten är delaktig i hela omvårdnadsprocessen. Graden av hur aktivt patienten deltar i sin vård är beroende på vilket tillstånd individen befinner sig. Om patienten behöver stöd genom ett fullständigt kompenserande omvårdnadssystem, exempelvis när patienten inte har kapacitet till de mest basala egenvårdsbehoven och vårdgivaren utför dessa, kan delaktigheten innebära att vårdgivaren talar med patienten under omvårdnaden. Vårdgivaren kommunicerar vilka åtgärder som utförs eller ska utföras och varför de utförs, trots att patienten är till synes okontaktbar. I ett delvis

kompenenserande omvårdnadssystem ombesörjs egenvården tillsammans med vårdgivare eller närstående och patienten är delaktig utifrån sina möjligheter och begränsningar. När patienten är fysiskt kapabel att utföra sin egenvård innefattar omvårdnadssystemet stöd/utbildning till att exempelvis kunna genomföra livsstilsförändringar självständigt. Syftet med de olika omvårdnadssystemen är att vårdgivaren anpassar omvårdnaden till patientens tillstånd och hela tiden utvärderar omvårdnadsåtgärderna, så att personen till slut klarar sin egenvård så självständigt som möjligt (Orem, 2001; Gustin och Lindvall, 2012).

10. RELEVANS FÖR OMVÅRDNAD OCH SAMHÄLLE

Resultatet är omvårdnadsrelevant om det kan visa konsekvenser vid omvårdnad, vara tillförlitligt och generaliserbart (Willman, et al, 2001). Detta examensarbete bidrar med en sammanställning av tio vetenskapliga studier som beskriver några omvårdnadsfaktorer som kan vara till nytta för att hjälpa individen till en god egenvård. Resultatet i denna studie indikerar att det finns ett värde i att involvera patienten i omvårdnaden på ett tidigt stadium. Arbetet med examensarbetet har ytterligare höjt vår medvetandegrad om hur viktigt det är att beakta patientens hela livsvärld vid omvårdnad. Vi tar med oss detta ut i vårt kommande yrkesliv som sjuksköterskor och hoppas genom denna kunskap kunna bidra till bättre omvårdnad för de patienter vi kommer att möta. Ur ett samhällsperspektiv kan resultatet av arbetet användas för att påminna vårdgivare om vikten av att främja en god egenvård. Som tidigare nämnts är det vanligt med en återinläggning inom en månad från den första sjukhusvistelsen för denna patientgrupp (Peter, et al, 2015). Det ofta onödiga vårdtillfället hade kunnat undvikas om individen utfört en adekvat egenvård med enkla medel i sin vardag. Både för att höja individens livskvalitet och för att minska samhällets kostnader för vård.

11. BEHOV AV VIDARE FORSKNING

Författarna anser att forskningen på området är gedigen men att den spretar åt olika håll samt att det verkar saknas band mellan omvårdnads- och medicinsk forskning. Författarna efterlyser ett större intresse för varandras resultat hos de båda grupperna så att sambanden mellan de medicinska och omvårdnadsfaktorerna blir tydligare och därmed kanske kunde vara till nytta både för patient och samhälle.

Shively, et al, (2013) skriver att kronisk hjärtsvikt är en tung börda både på mikro- och makronivå. Pressen på hälso- och sjukvården, vad gäller förbättringar av vården av hjärtsviktssjuka personer och minskande av kostnader för densamma, är stor. Vidare menar Shively, et al, att en bred uppfattning är att vården av individer med hjärtsvikt är fragmenterad och dåligt koordinerad mellan vårdgivare. Barriärer, både på individ- och organisationsnivå anses vara skäl till att hämma förutsättningar för att en person med hjärtsvikt ska kunna bedriva en framgångsrik egenvård. Eftersom sjukdomstillståndet är komplext, vanligtvis prodigierande samt ofta leder till kostsamma återinläggningar är det viktigt att kunna identifiera interventioner som kan vara till nytta för individens möjligheter att kunna ta hand om sin hälsa. Shively et al, menar att för att främja individens möjligheter till en bättre egenvård behöver vårdgivaren fokusera på

att höja patientens kunskapsnivå och aktiva engagemang i sin egen vård. Kunskapen kan hjälpa individen att hitta verktyg för att själv på bästa sätt kunna monitorera sitt sjukdomstillstånd. För att detta ska bli möjligt behöver interventionen anpassas individuellt. Dock är sambanden mellan personens aktivitet, engagemang och förbättrad egenvård inte riktigt klarlagd och det behövs mer forskning för att kunna dra några säkra slutsatser om vilka åtgärder som behövs för att främja en god egenvård.

12. SLUTSATS

Genom den här studien har författarna erhållit en utökad förståelse och kunskap om vilka omvårdnadsfaktorer som kan vara till stöd för egenvården hos personer med hjärtsvikt. Personer med kronisk hjärtsvikt upplever ofta osäkerhet kring sin sjukdom gällande symtom och förebyggande åtgärder. Osäkerheten skapar en känsla av ovisshet om sitt eget hälsotillstånd vilket kan upplevas som att livskvaliteten försämrats. Resultatet tyder på att personer med hjärtsvikt har ett omfattande kunskapsbehov kring sitt tillstånd, och vilka livsstilsfaktorer som kan förbättra eller försämra hälsan. Förmågan till egenvård kan öka om personerna görs delaktiga och undervisas i sitt tillstånd. På så vis kan också förekomst av oro och psykisk ohälsa relaterade till ovissheten minska. Vårdgivarens intresse för individens hela livssituation har betydelse för om egenvården blir framgångsrik eller inte. Genom att göras delaktig i sin vård på ett tidigt stadium kan individen få kunskap och verktyg för en god egenvård och därmed möjlighet att skapa en hållbar livsstil trots ett besvärligt sjukdomstillstånd.

13. SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION

Författare Amelie Lickander och författare Eva Hultgren Gahm har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSER

- Annema, C., Luttik, M-L., & Jaarsma, T. (2009). Reasons for readmission in heart failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologists and heart failure nurses. *Heart & Lung, 38*(5), 427-434. doi:10.1016/j.hrtlng.2008.12.002
- Bagheri, H., Yaghmaei, F., Ashktorab, T., & Zayeri, F. (2012). Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nursing Ethics, 19*(3), 316-327. doi:10.1177/0969733011425970
- Barremo, A-S., Bruce, E., Salander, M., & Sundin, K. (2008). Personers upplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt – Systematisk litteraturstudie. *Vård i norden, 28*(3) 34–38. doi:10.1177/0107408830802800308
- Barello, S.; Graffigna, G., Vegni, E.; Savarese, M.; Lombardi, F.; & Bosio, A. C. (2014). 'Engage me in taking care of my heart': A grounded theory study on patient-cardiologist relationship in the hospital management of heart failure. Hämtad 2016-01-26 från <http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e005582.full.pdf+html>
- Comín-Colet, J., Verdú-Rotellar, J. M.; Vela, E., Clèries, M., Bustins, M., Mendoza, L., Badosa, N., Cladellas, M., Ferré, S., & Bruguera, J. (2014). Efficacy of an Integrated Hospital-primary Care Program for Heart Failure: A Population-based Analysis of 56 742 Patients. *Revista Española de Cardiología (English Edition), 67*(4), 283-293. doi:10.1016/j.rec.2013.12.005
- Chuen, A., Seah, W., Kiat Tan, K., & Wang, W. (2015). A Narrative Literature Review of the Experiences of Patients Living with Heart Failure. *Holistic Nursing Practice, 29*(5), 280–302. doi:10.1097/hnp.000000000000104
- Dahlberg, K., Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm. Natur & Kultur.
- * Dekker, R., Lennie, T., Doering, L., Chung, M., Wu, J-R., & Moser, D. (2013). Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 13*(2), 168-176. doi:10.1177/1474515113519520
- * Dudas, K., Olsson, L-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 12*(6), 521-528. doi:10.1177/1474515112472270
- Dunbar, S. B., Jacobson, L. H., & Deaton, C. (1998). Heart failure: Strategies to enhance patient self-management. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care, 9*(2), 244–256. doi:10.1097/00044067-199805000-00007
- Eikland, A., Haugland, T., & Stubberud, G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås, G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 1*. (2. uppl. s. 207–241). Stockholm: Liber.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Forsberg, C., Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Friedman, M. M., & Griffin, J. A. (2001). Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 2001, 30(2), 98-104. doi:10.1067/mhl.2001.114180
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. [rev] uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Gesell, S. B., Clark, P. A., & Williams, A. (2004). Inpatient heart failure treatment from the patient's perspective. *Quality Management in Health Care*, 13(3), 154-165.
- * Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. (2011). Illness perception, self-care and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 945-953. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.007
- Gustin Wiklund, L., & Lindvall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hjärt-Lungfonden (2012). *Hjärtsvikt vad är det?* [Broschyr]. Hämtad från <https://www.hjartlungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartsvikt/>
- * Hallas, C., Wray, J., Andreou, P., & Banner, N. (2009). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 40(2), 111-121. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.12.008
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg och J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 237-258). Lund: Studentlitteratur.
- Heo, S., Moser, D., Lennie, T., Zambroski, C., & Chung, M. (2007). A comparison of health - related quality of life between adults with heart failure and healthy older adults. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 36(1), 16-24. doi:10.1097/01.CNQ.0000343132.34942.64
- * Howie-Esquivel, J., & Dracup, K. (2010). Communication with hospitalized heart failure patients. *European journal of cardiovascular nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 11(2), 216-22. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.03.006
- Hjärt - och lungfonden (2013). *Hjärtsvikt - en skrift om försämrad pumpfunktion* [Broschyr]. Hämtad från https://www.hjartlungfonden.se/Documents/Skrifter/Tema_Hj%C3%A4rtsvikt_2013.pdf
- Karlsson, E. K., (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Kemp, C. D., & Conte, J. V. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*, 21(5), 365-371. doi:10.1016/j.carpath.2011.11.007

Kristofferzon, M-L., Lindqvist, R., & Nilsson, A. (2011). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: A pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 476-483. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00851

Larsson, I-E., Sahlsten J. M. M.; Sjöström, B., Lindencrona, S. C. C., & Plos, A. E. K. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: A Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 21(3), 313–320. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00471.x

*Lee, C. S., Gelow, J. M., Mudd, J. O., Green, J. K., Hiatt, S. O., Chien, C., & Riegel, B. (2013) Profiles of self care management versus consulting behaviours in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1), 63-72. doi:10.1177/1474515113519188

Leo - Swenne, C., & Skytt, B. (2014). The ward round – Patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 297-304. doi:10.1111/scs.12059

Manning, S. (2011). Bridging the Gap Between Hospital and Home: A new model of Care for Reducing Readmission Rates in Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 26(5), 368-376. doi:10.1097/JCN.0b013e31822b15c

Mehta, P. A., & Cowie, M. R. (2006). Epidemiology and pathophysiology of heart failure. *Medicine*, 34(6), 210-214. doi:10.1383.2006.34.6.210

* Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 121-129. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.06.002

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6. uppl.). St. Louis, MO: Mosby.

Pagels, A., Wång, M., Magnusson, A., Eriksson, A., & Melander, S. (2008). Patientdagbok vid kronisk sjukdom. *Nordic Journal of Nursing Research*, 28(3) 49-52. doi:10.1177/010740830802800312

Pattenden, J.F., Roberts, H., & Lewin, R.J.P. (2007) Living with heart failure; Patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 273-279. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097

Patientlag (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/?bet=2014:821#K5

Paul, S. (2008). Hospital Discharge Education for Patients With Heart Failure - What Really Works and What Is The Evidence?. *Critical Care Nurse*, 28(2), 66-82.

Peter, D., Robinson, P., Jordan, M., Lawrence, S., Casey, K., & Salas-Lopez, D. (2015). Reducing Readmissions using teach-back. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(1), 35–42. doi:10.1097/nna.000000000000155

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

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (8. uppl.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

* Retrum, J., Boggs, J., Hersh, A., Wright, L., Main, D., Magid, D., & Allen, L. (2012). Patient-identified factors related to heart failure readmissions. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 6(2), 171-777. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967356

* Ross, A., Ohlsson, U., Blomberg, K., & Gustafsson, M. (2014). Evaluation of an intervention to individualize patient education at a nurse-led heart failure clinic: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1594-1602. doi:/10.1111/jocn.12760/abstract

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Fribergs (Red). *Dags för uppsats*. (s. 47-56). Lund: Studentlitteratur 2012.

Shively, M. J., Gardetto, N. J., Kodiath, M. F., Kelly, A., Smith, T. L., Stepnowsky, C., Maynard, C., & Larson, C. B. (2013). Effect of Patient Activation on Self-Management in Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 20-34. doi:10.1097/JCN.0b013e318239f9f9.

Socialdepartementet. (2014). *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar*. (Artikelnummer S2014.005). Hämtad från <http://www.regeringen.se/contentassets/9f4c29d2ec634fc0b3be84bf58639bae/nationell-strategi-for-att-forebygga-och-behandla-kroniska-sjukdomar-s2014.005>

Socialstyrelsen. (2012). *Egenvård*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/egenvard>

Strömberg, A. (2009). Cirkulation. I A. Hedberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 249 – 277). Lund: Studentlitteratur.

* Wang, S-P., Lin, L., Lee, C-M., & Wu, S-C. (2011). Effectiveness of a Self-Care Program in Improving Symptom Distress and Quality of Life in Congestive Heart Failure Patients: A Preliminary Study. *Journal of Nursing Research*, 19(4), 257-266. doi:10.1097/JNR.0b013e318237f08d.

World Health Organization (1946), *Constitution of WHO*. Hämtad från, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Östergren, J., & Hellenius, M. (2012). *Sjukdom i kärl och hjärta ska förebyggas brett*. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/18591/LKT1236s1531.pdf>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Fribergs (Red), *Dags för uppsats*. (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1

Tabell 4. Granskningsmall för utvärdering av inkluderade studiers vetenskapliga kvalitet. Inspirerad av förlaga i Willman, *et al* (2011).

Granskningsmall		
Granskningskriterier	Ja	Nej
1 Artikeln följer en vetenskaplig struktur (IMRAD).		
2. Artikeln är etiskt granskad		
3. Artikeln har ett klart formulerat syfte		
4. Metoden är tydligt beskriven.		
5. Resultatet är tydligt beskrivet		
6. Artikeln innehåller tydlig referenslista.		
Summa:		

Bilaga 2

Tabell 5. Artikelmatris

Författare	Tidskrift	Syfte & Design	Metod och analys	Urval	Resultat
Dekker, R., Lennie, T., Doering, Lynn., Chung, M., Wu, J-R., & Moser, D. (2013).	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> 2014, 13(2), 168-176	<p>Syfte: Beskriva förekomsten av depression och oro hos patienter med hjärtsvikt. Samt påvisa faktorer som kan skapa oro.</p> <p>Design: Kvantitativ tvärsnittsstudie.</p>	<p>Metod: Enkätundersökning med hjälp av olika instrument och skalor.</p> <p>Analys: Symptom Inventory (BSI) subscale Beck Depression Inventory-II (BDI) New York Heart Association (NYHA) functional class Duke Activity Status Index (DASI) SPSS v.20 till dataanalys</p>	<p>Inklusionskriterier: Bekvämlighetsurval med (n=556) med deltagare som har bedömts ha tecken av både depression och oro. Deltagarna skulle leva med kronisk hjärtsvikt, med ännu bibehållen/ej bibehållen systolisk hjärtfunktion. Personerna skulle ha haft en välinställd medicinerig de senaste tre månaderna samt vara engelskspråkiga.</p> <p>Exklusionskriterier: Personer som hade haft hjärtinfarkt, eller de tre senaste månaderna haft ostabil kranskärlssjukdom, kognitiv nedsättning, annan svår försämring psykiskt än oro och depression.</p>	Ett samband påvisades mellan att en större förekomst av tecken på depression hos personer med hjärtsvikt kunde utvecklas till ett tillstånd av oro. Det är av stor vikt att detta samband uppmärksammas hos patienterna av behandlande vårdgivare.
Dudas, K., Olsson, L-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013).	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 2013, Vol.12(6), 521-528.	<p>Syfte: Utvärdera om personcentrerad vård har ett samband med mindre osäkerhet hos patienter med hjärtsvikt jämfört med andra patienter inlagda på sjukhus med en försämrad hjärtsvikt.</p> <p>Design: Kvantitativ studie.</p>	<p>Metod: Enkätundersökning med sjukdoms-specifika frågor vid studiens början respektive avslutning.</p> <p>Analys: Cardiovascular population scale (CPS) Mann-Whitney U-test. Mantel-Haenzel Chi Square exact test Analysis of covariance</p>	<p>Inklusionskriterier: Alla patienter inlagda (n=248) på fem olika medicinavdelningar i Göteborg. Patienterna undersöktes av läkare innan godkänt deltagande för att enligt riktlinjer från European society of cardiology (ESC) påvisa hjärtsvikt.</p> <p>Exklusionskriterier: Patienter yngre än 50 år, kognitiv nedsättning, patienter med bröstsmärta eller akut</p>	Hos personer med hjärtsvikt verkar det som att följsamheten till egenvård avbryts till följd av en känsla av osäkerhet över hälsotillståndet. Om vården på sjukhus blir mer personcentrerad, så kan dessa och andra känslor som kan hämma egenvården lyftas och identifieras.

				hjärtinfarkt, cancer, hjärtklaffel samt ovilja att delta.	
Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. (2011).	<i>International Journal of Nursing Studies</i> 50(7), 945-953.	Syfte: Beskriva sambandet hos patienter med hjärtsvikt kring deras uppfattning om egenvård, sjukdomskänsla och livskvalitet vid inläggning på sjukhus, samt om dessa faktorer ändrats vid 2 och 6 månader efter utskrivning. Design: Prospektiv longitudinal studie.	Metod: Postenkät med validerade frågeformulär. Frågeformulären besvarades vid tre tillfällen. Först i anslutning till utskrivning från sjukhus, sedan efter 2 respektive 6 månader. Analys: Chi-square test Fishers exakt test. Mean (SD) t tests.	Inklusionskriterier: Bekvämlighetsurval, personer med hjärtsvikt (n=88) som inkluderas innan utskrivning från sjukhus. Exklusionskriterier: Ålder yngre än 18 år, ej engelsktalande samt kognitiv nedsättning.	Patienterna upplevde att deras hälsotillstånd låg utanför deras kontroll. Bland de patienter som hade en större förståelse för sitt hälsotillstånd fanns det ett större självförtroende till egenvård, jämfört med de patienter som upplevde en större känslomässig påverkan av hälsan.
Hallas, C., Wray, J., Andreou, P., & Banner, N. (2009).	<i>Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care</i> , 40(2), 111-121	Syfte: Undersökning av faktorer som kan påverka livskvalitet hos personer med hjärtsvikt, genom att titta på kliniska och psykologiska variabler. Design: Tvärsnitt kohort studie.	Metod: Postenkät med förfrankerade kuvert innehållande standardiserade psykometriska frågeformulär. Analys: Illness perceptions questionnaire-revised Hospital anxiety and depression (HADS) COPE World health organization quality of life brief Minnesota living with heart failure questionnaire SPSS Pearson correlation coefficient Spearman p correlation 1-way analyses of variance (ANOVAS)	Inklusionskriterier: Deltagarna inkluderades från en engelsk poliklinisk hjärtklinik. Exklusionskriterier: Ålder yngre än 18 år, inte själv möjlighet att ge skriftligt samtycke till att delta, samt om deltagarna inte kunde förstå/göra sig förstådda på engelska.	Det finns ett samband mellan patienter med hjärtsvikt och en mer negativ inställning till de konsekvenser som hjärtsvikten för med sig. Känslor såsom att ha minskad kontroll över sin kropp och sämre coping strategier kan leda till oro och depression.
Howie-Esquivel, J., &	<i>European</i>	Syfte:	Metod:	Inklusionskriterier:	När vårdgivare använder sig av

<p>Dracup, K. (2010).</p>	<p><i>journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 11(2), 216-22.</i></p>	<p>Besvara dessa frågor: Undersöka om personer med hjärtsvikt som är inlagda på sjukhus vill diskutera frågor såsom sjukdomsprognos, hantering av hjärtsvikt samt önskemål om återupplivning. Att undersöka sambandet mellan livskvalitet och kliniska variabler. Design: Prospektiv kohort studie.</p>	<p>Enkätundersökning med sjukdoms-specifika frågor. Därefter skedde semi-strukturerade intervjuer, där patienterna fick välja mellan att svara skriftligt eller muntligt. Analys: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) SPSS for windows software till dataanalys.</p>	<p>Bekvämlighetsurval med (n=47) med primär diagnosticerad hjärtsvikt, eller med en tidigare dokumenterad hjärtsvikt som förvärrats. Förmåga att läsa/förstå engelska samt vara kognitivt adekvat. Exklusionskriterier: Oförmåga till att självständigt godkänna deltagande i studien, genomgången hjärtinfarkt eller ostabil kranskärlssjukdom. Samt slutligen viljan att inte delta i studien.</p>	<p>fackspråk kan det generera en försämrad kommunikation mellan patient och vårdgivare. Utbildning till patienter bör vara individanpassad och ges vid rätt tillfälle.</p>
<p>Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I.(2007).</p>	<p><i>European Journal of Cardiovascular Nursing, 6(2), 121-129.</i></p>	<p>Syfte: Att försöka förstå och undersöka fenomenet av formell vård för medelålders personer med hjärtsvikt- ur deras perspektiv. Design: Fenomenologisk ansats.</p>	<p>Metod: Enskilda intervjuer. Intervjuerna genomfördes enskilt i var och en av informanternas hem. Förutom en intervju som genomfördes på annan plats på grund av önskemål om detta. Alla intervjuer spelades in på band, och genomfördes av den i studien beskrivna första författaren. Analys: Genom transkribering av texten. Därefter analyserades varje intervju enskilt och genomlästes ett antal gånger av författarna. Sedan kondenserades texten ner till mindre delar och bärande meningar framträdde. Författarna reflekterade över de bärande meningarna.</p>	<p>Inklusionskriterier: Medelålders (65 år eller yngre) personer med hjärtsvikt. Antal studiedeltagare (n=7). Exklusionskriterier: Inga beskrivna.</p>	<p>Hos medelålders patienter med måttlig till svår hjärtsvikt kan en mer formell typ av vård på sjukhus återge en känsla av hopp. Upplevelsen kan dock upplevas som tvetydlig, då formell vård inger känslor med både lidande och hälsa samtidigt.</p>

			Därefter arrangerades studiens delar för att eventuella mönster eller ytterligare meningar skulle framträda.		
Lee, C S., Gelow, J M., Mudd, J O., Green, J K., Hiatt, S O., Chien, C., & Riegel, B. (2013).	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 2015, 14(1), 63-72.	<p>Syfte: Klassifikation av vanliga mönster av symtomrespons-beteende hos vuxna individer med hjärtsvikt för att identifiera faktorer för biobeteende (interaktionen mellan beteende och biologiska processer).</p> <p>Design: Prospektiv kohortstudie.</p>	<p>Metod: Frågeformulär med färdiga svarsalternativ.</p> <p>Analys: Statistisk analys: Pearson's correlation Kendalls tau-b LCMM LMRT Spearman's rho</p>	<p>Inklusionskriterier: 146 vuxna individer (>21 år) med måttlig till svår hjärtsvikt som var frivilliga och gav samtycke, kunde förstå och läsa engelska, nyligen erfarit symtom av sin hjärtsvikt, får optimal behandling för sin hjärtsvikt eller får behandlingen optimerad enligt ord. av specialistläkare samt får regelbunden uppföljning på mottagning.</p> <p>Exklusionskriterier: Inga beskrivna.</p>	Personer, bra på att uppfatta symtom och anpassa sina egenvårds-strategier, sökte nödvändigtvis inte professionell rådgivning. Huvudskälen för att söka var symtomens svårighetsgrad oavsett kunskapsnivå och egenvårdskompetens hos individen. Främsta anledningen till att individer inte sökte professionell rådgivning var ångest.
Retrum, J., Boggs, J., Hersh, A., Wright, L., Main, D., Magid, D., & Allen, L. (2012).	<i>Circulation. Cardiovascular quality and outcomes</i> , 6(2), 171-777.	<p>Syfte: Undersöka uppfattningen hos patienter med hjärtsvikt kring varför de själva tror orsakar att de återinlägges igen på sjukhus efter utskrivning.</p> <p>Design: Kvalitativ studie.</p>	<p>Metod: Djupgående semistrukturerade intervjuer med öppna svarsalternativ. Intervjuerna genomfördes av en av författarna, i varje enskild informants rum på sjukhuset. En kvalitativ ansats användes för att tolka och analysera data.</p> <p>Analys: Intervjuerna skedde genom en avidentifikation av informanterna. En transkribering av de inspelade intervjuerna genom att en av författarna skrev omskrev</p>	<p>Inklusionskriterier: Personer med hjärtsvikt (n=28) som åter inlagts på sjukhus inom 6 månader efter utskrivning.</p> <p>Exklusionskriterier: Ålder yngre än 18 år, kognitiva nedsättningar, återinläggning på grund av planerat ingrepp samt oförmåga att lagligt samtycka till medverkan.</p>	Deltagarna upplevde oförståelse från vårdgivarnas sida gällande svårigheter med följsamhet till ordinerade läkemedel, där deltagarna kände att det rädde delade meningar mellan dem och vårdgivare. Deltagarna önskade mer förståelse kring hälsotillståndet och en förbättrad relation till vårdgivare för främjad egenvård.

			texten, noterade direkta citat samt sammanfattade resultatet. Därefter organiserades det utskrivna resultatet och kodades in en programvara (ATLAS.ti 5.5).		
Ross, A., Ohlsson, U., Blomber, K., & Gustafsson, M. (2014).	<i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24(11-12), 1594-1602	<p>Syfte: Undersöka om vården upplevdes mer personcentrerad, och om patienter med hjärtsvikt kände större tillfredsställelse med sin vård genom att få skriva ner frågor kring sitt hälsotillstånd innan möten med vårdgivare.</p> <p>Design: Utvärderande deskriptiv design.</p>	<p>Metod: Enskilda intervjuer, där anhöriga ibland inkluderades. Intervjuerna skedde på kliniken. Studien genomfördes med en interventionsgrupp med (n=44) deltagare samt en kontrollgrupp med (n=41) deltagare.</p> <p>Analys: Mix-metod samt kvasiexperimentell metod Chi-square test Mann-Whitney U-test Spearman's rank-order correlation</p>	<p>Inklusionskriterier: Personer med hjärtsvikt som har bekräftats genom EKG undersökning. Som under perioden studien pågick sökte vård för första gången på den klinik där studien genomfördes tillfrågades om deltagande, detta resulterade i en Interventionsgrupp med (n=44) deltagare, samt en kontrollgrupp med (n=41) deltagare.</p> <p>Exklusionskriterier: Personer som inte talade svenska.</p>	Interventionsgruppen upplevde en känsla av större tillfredsställelse, då de kände att informationen delgetts dem på ett mer personcentrerat sätt jämfört med kontrollgruppen som deltagit i rutinmässiga informationsmöten.
Wang, S-P., Lin, L-C., Lee, C-M., & Wu, S-C. (2011)	<i>Journal of Nursing Research</i> , 19(4), 257-266.	<p>Syfte: Undersöka effekten av egenvårdsprogram hos äldre personer med hjärtsvikt tre månader efter utskrivning från sjukhuset. Egenvårdsprogrammet baseras bland annat på att undersöka livskvalitet, akuta sjukhus besök tiden efter utskrivning, samt symtomlindring.</p> <p>Design:</p>	<p>Metod: Kontakt etablerades via telefon ett par dagar efter utskrivning från sjukhus. Därefter besökte studieförfattarna deltagarnas hem, först efter en veckas tid från utskrivning och sedan 1 gång i månaden fram till 3 månader efter utskrivning. Författarna undersökte följsamheten till egenvård, med bland annat läkemedel, kost, vikt osv genom olika instrument för</p>	<p>Inklusionskriterier: Deltagarna (n=27) i studien skulle vara diagnostiserade med hjärtsvikt, vara kognitivt adekvata, vara rörliga/självständiga samt ge sitt medgivande till deltagande samt kunna kommunicera på Taiwanesiska eller Kinesiska.</p> <p>Exklusionskriterier: Inga beskrivna.</p>	Implementeringen av ett specialutformat program på sjukhuset ger en positiv effekt på patienter med hjärtsvikt i frågor kring bland annat en förbättrad livskvalitet, mindre påtagliga symtom, samt minskade återinläggningar på sjukhus.

		Kvasi-experimentell.	enkätundersökningar. Analys: Symptom Distress Questionnaire (SDQ) SMWT Quality of Life Questionnaire Wilcoxon signed-rank Mann-Whitney U-test SPSS for windows software till dataanalys		
--	--	----------------------	---	--	--