

Egenvård hos patienter med hjärtsvikt

FÖRFATTARE	Alexandra Axell Danira Karovic
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete- Grundnivå VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Iris Härd

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi tackar varandra för ett trevligt och lärorikt samarbete med tålamod och uthållighet. Vi tackar även Denis, Kicki och Sadeeh för god support under arbetets gång.

3 april 2014

Titel (svensk):	Egenvård hos patienter med hjärtsvikt
Titel (engelsk):	Self-care in patients with heart failure
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete-Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	17 sidor
Författare:	Alexandra Axell & Danira Karovic
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Iris Härd

SAMMANFATTNING (svenska)

Hjärtsvikt tillhör en av Sveriges stora folksjukdomar och är den vanligaste inläggningsorsaken på sjukhus bland personer över 65 år. Hjärtsvikt är ett tillstånd där hjärtats pumpförmåga inte kan försörja kroppens vävnader med tillräcklig mängd blod. Patienter som lider av hjärtsvikt går en förändrad livsstil till mötes. Därmed behöver dessa patienter mycket information och kunskap för att öka delaktigheten och kunna planera och genomföra egenvård. Sjuksköterskan måste därför uppmärksamma och undersöka på vilket sätt och med vilka faktorer detta kan uppnås. Syftet med den här litteraturöversikten var att belysa olika faktorer som påverkar delaktighet och förmågan till egenvård hos patienter med hjärtsvikt. Resultatet baserades på 13 vetenskapliga artiklar från databaserna PubMed och CINAHL. Sex artiklar hade kvalitativ metod, sex artiklar hade kvantitativ metod och en artikel hade både kvalitativ och kvantitativ metod. Kvalitetsgranskningen av artiklarna gjordes enligt en granskningsmall av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Resultatet visade att följande faktorer skapar möjligheter för att patienter med hjärtsvikt ska kunna uppnå tillfredsställande delaktighet och förmåga till egenvård: patientutbildning till den unika individen, vikten av rätt tidpunkt för information och utbildning, vikten av att integrera patient och få denne delaktig samt god pedagogik vid informationsöverföring. Följande faktorer påverkar förutsättningarna för patientens egenvård och delaktighet negativt: bristande förståelse kring sjukdomen, osäkerhet i den nyuppkomna situationen, okunskap, känsla av utanförskap och objektifiering. Från vår litteraturöversikt drar vi slutsatsen att det finns faktorer, i den moderna omvårdnaden av hjärtsvikts patienter, som både stimulerar och försvårar patienters delaktighet och egenvård. Mera omfattande forskning efterfrågas vad avser specifika förhållningssätt och vad sjuksköterskan kan bidra med för att få hjärtsviktspatienter mera engagerade i sin vård.

Sökord: heart failure, nurse, nursing, communication, education, experience, participation, caring, selfcare

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING.....	1
BAKGRUND	1
Sjuksköterskans roll utifrån lagstifning.....	1
Patofysiologi bakom hjärtsvikt.....	2
Symtom och tecken	2
Behandling.....	3
Delaktighet och Personcentrerad Vård.....	3
Kommunikation och betydelse kring kommunikation	4
Undervisning och information.....	4
Egenvård vid hjärtsvikt	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
STUDIEDESIGN	6
DATAINSAMLING	6
URVAL OCH BEGRÄNSNINGAR	6
DATAANALYS OCH KVALITETSGRANSKNING.....	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
RESULTAT	7
PATIENTUTBILDNING.....	7
KONTAKT MED SJUKSKÖTERSKA.....	8
NÄR INFORMATIONSOVERFÖRINGEN BRISTER.....	8
BEMÖTANDE.....	9
DELAKTIGHET	9
BRISTANDE DELAKTIGHET	10
DISKUSSION	10
METODDISKUSSION.....	11
RESULTATDISKUSSION.....	13
Slutsats.....	15
REFERENSER	17
BILAGOR	
Bilaga 1. Söktabell	
Bilaga 2. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011), granskningsmall	

INTRODUKTION

INLEDNING

En av våra största folksjukdomar idag är hjärtsvikt. Detta är en kronisk sjukdom som uppkommer till följd av diverse hjärtkärlsjukdomar. Eftersom denna patientgrupp utgör en stor del av patienterna inom hälso- och sjukvården har vi valt att fokusera oss den specifika sjukdomen. Det svåra med att komma ut på praktik är inte att vara en ”okunnig student” utan att majoriteten av patienterna som man har mött har varit missnöjda med informationen kring deras tillstånd och framtida vård. Det är viktigt att patienten får information om symtom, tecken, riskfaktorer, behandling och egenvård vid hjärtsvikt för att förhindra akut situation (Strömberg, 2009). Den bristande informationen har även under senare tid diskuterats påtagligt i media. Vi anser att information och undervisning om egenvård samt att patienten är delaktig är viktigt för att möjliggöra för patienter att utföra livsstilsförändringar. Fridlund (1998) menar att alla verksamma inom hälso- och sjukvård i framtiden bör engagera sig mer i patientutbildning för att arbeta förebyggande och eliminera risker för insjuknande. Utifrån egna erfarenheter vill vi fördjupa oss i vilka olika faktorer som påverkar delaktighet och förmåga till egenvården hos patienter med hjärtsvikt.

BAKGRUND

Prevalensen för hjärtsvikt i Sverige beräknas att ligga mellan 180 000 - 350 000 personer och det är även den vanligaste inläggningsorsaken på sjukhus bland personer över 65 år. Prevalensen ökar även med åldern (Ericson & Ericson, 2012).

Sjuksköterskans roll utifrån lagstiftning

Vid behandling av patienter med hjärtsvikt liksom andra sjukdomar ska sjuksköterskan handla utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen säger att vård och behandling i så stor utsträckning som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. För att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård krävs att han/hon har fått individuellt anpassad information angående hälsotillstånd och vilka metoder för undersökning, vård och behandling som finns (SFS 1982:763). En legitimerad sjuksköterska kan inom sitt ansvarsområde göra en bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Bedömningen görs tillsammans med patienten utifrån dennes självbestämmande och integritet samt behov av säkerhet och trygghet. Vidare ska bedömningen göras utifrån patientens livssituation och fysiska och psykiska hälsa samt om patienten kan utsättas för risk vid utförandet av egenvårdsåtgärden (SOSFS 2009:6).

Patofysiologi bakom Hjärtsvikt

Pumpfunktionen i hjärtat anpassas efter behovet av syresättning av kroppens olika vävnader. När hjärtats pumpförmåga inte kan försörja kroppens vävnader med tillräcklig mängd blod uppstår hjärtsvikt (Ericson & Ericson, 2012). Det förekommer två stora grupper av hjärtsvikt. Systolisk dysfunktion innebär att hjärtat inte förmår pumpa ut tillräcklig mängd blod per slag och den diastoliska dysfunktionen innebär att hjärtat inte förmår vidga myokardiet tillräckligt

mycket under diastoliska arbetsfasen, vilket innebär att en mindre mängd blod kan pumpas ut under systoliska fasen. Båda formerna leder till hjärtsvikt och kan förekomma och upptäckas samtidigt hos en hjärtsjuk patient. Vid systolisk dysfunktion kan en förtjockad vänsterkammarsvägg som vid hypertoni ses men även en förstörd vänsterkammare med förtunnad vägg som vid dilaterad kardiomyopati. Diastolisk dysfunktion kan ses vid till exempel restriktiv kardiomyopati. Dessutom finns vänsterkammarsvikt och högerkammarsvikt. Dessa presenterar sig olika kliniskt sett men med tiden blir det svikt i båda kamrar. Dessutom skiljer man mellan akut och kronisk hjärtsvikt. Den akuta hjärtsvikten presenterar sig som ett akut lungödem och patienten får svårigheter med andning och syresättning. Kroppen svarar på den minskade tillgången på syresatt blod genom att sätta igång sympatikus och Renin Angiotensin Aldosteron Systemet (RAAS). Sympatikus ökar hjärtats arbete och konstringerar kärl och RAAS-påslag leder till konstriktion av kärl och ökad vätskeretention i njurarna (Ericson & Ericson, 2012).

Hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom utgör tillsammans 75 % av orsakerna till all hjärtsvikt. Andra orsaker kan vara klaffsjukdomar, hjärtarytmier, myokardit och kardiomyopater. Vidare kan andra hjärtbelastande tillstånd orsaka hjärtsvikt så som anemi, infektion, lungemboli, diabetes, alkohol, tyreoidasjukdom och debut av autoimmuna sjukdomar (Ericson & Ericson, 2012).

Sjukdomen kan definieras med att individen innehar symtom överensstämmande med hjärtsvikt i vila eller vid ansträngning, objektiva tecken på nedsatt systolisk eller diastolisk hjärtfunktion i vila, att det sker en klinisk förbättring efter behandling som är inriktad på hjärtsvikt. Om diagnosen är oklar och av mer patofysiologisk innebörd påvisar hjärtat en oförmåga att upprätthålla en adekvat minutvolym (Persson, 2003). Hjärtsvikt graderas i fyra olika stadier enligt New York Heart Association (NYHA), NYHA grad I innefattar nedsatt vänsterkammarsfunktion utan symtom, NYHA grad II innefattar inga symtom vid vila men andfåddhet vid större ansträngning ex. gå upp en trappa. Grad III orsakar inga symtom vid vila men andfåddhet vid lätt ansträngning och slutligen grad IV räknas som svår hjärtsvikt med andfåddhet vid minsta ansträngning (Hedner, 2010).

Symtom och tecken

En genomgående och noggrann anamnes ger en god symtombeskrivning av patientens besvär och tillsammans med den kliniska bedömningen, det vill säga olika tecken, ger det information om diagnosen och hur uttalad hjärtsvikten är. När hjärtat inte klarar av att pumpa tillräckligt med blod ut i vävnader leder det till flertalet olika symtom och tecken. Sådana kan vara dyspné vid ansträngning och vila, vilket kan härledas till det ökade trycket i blodets lungkretslopp som leder till vätskeansamling först i interstitiet och sedan ut i alveolerna. Även ortopné, hosta och ödem i lungorna förklaras av denna tryckökning. Vätska i lungvävnaden leder till försämrat gasutbyte vilket leder till att kroppens hemoglobin blir mindre mättat med syremolekyler och detta förklarar kalla extremiteter, ökad trötthet och cyanos. Halsvenstas, leverförstoring och benödem symboliserar det ökade motståndet på vensidan i kroppens stora blodkretslopp. Hjärtat förmår inte pumpa runt blodet vilket gör att det venösa återflödet har ett motstånd i hjärtat och då blir trycket i venerna högt att det sker vätskeutträde i ben och lever men även i andra organ. Viktiga riskfaktorer för hjärtsvikt är de samma som för övrig kardiovaskulär sjukdom: ålder, hypertoni, rökning, inaktivt liv, hög alkoholkonsumtion, osunda matvanor, hereditet för hjärtsvikt eller annan hjärt-kärlsjukdom, diabetes och fetma (Ericson & Ericson, 2012)

Behandling

Grunden i den farmakologiska hjärtsviktsbehandlingen utgörs av vätskedrivande som används vid behov. Nästa viktiga preparatgrupp är ACE-hämmare (Angiotensinogen Converting Enzyme) respektive ARB (Angiotensin Receptor Block) vilkas syfte är att minska effekten av kroppens eget kompensationsystem vid hjärtsvikt. Denna kompensation sker när hjärtat inte förmår pumpa tillräckligt med blod för att försörja organ och då utsöndrar bland annat njuren viktiga hormon som reglerar blodtrycket och därmed ökar den totala perifera resistensen. Det blir en negativ spiral genom att hjärtat får större motstånd att arbeta emot och svikten förvärras och därför ges ACE-hämmare/ARB. Ett annat viktigt preparat är beta-blockerare vilkas syfte kan liknas med ovan nämnda preparat men i detta fall för att minska effekten av sympatikuspådraget i kroppen. En tredje grupp är mineralkortikoid-blockerare vars syfte är likt ACE-hämmare/ARB. Preparatet blockerar effekten av ett av njurens hormon som reglerar vätskebalans (Ericson & Ericson, 2012).

Behandlingen vid hjärtsvikt inriktar sig mycket på att få patientens förtroende och att få patienten att arbeta med eventuella riskfaktorer för hjärtsvikt.

Delaktighet och Personcentrerad Vård

En patient som nyligen blivit diagnostiserad med en sjukdom behöver få tid att ta till sig och acceptera sin nya situation först för att sedan öppna upp och kunna ta emot information. Om inte detta utförs på ett korrekt sätt kan det innebära allvarliga konsekvenser både för patienten och för sjukvårdspersonalen. Det är extra viktigt att lyssna, stötta och ha förståelse för patienten och dennes känslor. Det gäller att successivt och försiktigt skapa en delaktighet som innefattar en trygg och respektfull relation med patienten (Socialstyrelsen, 2003).

Hälso- och sjukvården ska ge god och säker vård till alla patienter. Det primära är att respektera patientens vilja. En god förutsättning nås genom att patienten klart kan uttrycka vilja och att given information har förståtts. En patient som befinner sig i en krissituation påverkas av denna situation samt liksom förmågan att ta in och bearbeta information. Även viljan kan skifta i krissituationer. Det är viktigt att sjukvårdspersonal uppmärksammar signaler som patienten förmedlar och anpassar information efter den enskildes förutsättningar (SFS 1982:763).

Eldh(2009) menar att vårdpersonalens arbete underlättas genom att patienten får ta del av information i tillräcklig omfattning, det värnar även om patientens välbefinnande. Genom att en patient förmedlar sin kunskap skapas inte enbart förutsättningar för ökad delaktighet utan även förutsättningar för sjuksköterskan att lära av patienten med personlig kunskap och erfarenhet. Genom att ställa frågor som återberättar det som den enskilde känner och berättar inför sjukdomen ökar chanserna till ett lyckat och personcentrerat möte.

För att skapa förutsättningar för att en patient ska kunna vara delaktig i beslut om vård och behandling krävs att vårdpersonal och patienten delar information och skapar en relation (Eldh, 2009). Det viktiga i personcentrerad vård är att se personen bakom sjukdomen. Genom att lyssna och bekräfta personen och dess upplevelse av sjukdomen och utgå från detta när vårdens planeras uppnås personcentrerad vård (Edvardsson, 2010).

Sjuksköterskan skapar förutsättningar för patientdelaktighet i vården genom att boka kontroll och uppföljning med patienten samt dela kunskap om sjukdom och mediciner med patienten. Det är även viktigt att försäkra sig om att patienten har förstått alltihop. Ge tips och råd på hur patienten kan ha uppsikt på sin sjukdom, eventuella varningstecken på försämring och framför allt att fånga upp alla frågor en patient har och besvara dem på bästa möjliga sätt (Eldh, 2009).

Bemötande, information och delaktighet handlar om att en välinformerad patient kännetecknas av att hon/han är trygg i det som sker, informerad om vad som gjorts, om vad som kan tänkas hända och vad man ska vara uppmärksam på. Denna information ska vara individuellt anpassad utifrån personens unika förutsättningar och behov (Socialstyrelsen, 2003).

Kommunikation och betydelse kring kommunikation

Innehållet i ett samtal vid ett institutionellt sammanhang, till exempel vid ett läkarbesök eller ett samtal mellan patient och sjuksköterska kontrolleras av den professionella parten genom att han/ hon ställer frågor till patienten och genom selektiv uppmärksamhet, det vill säga att den professionella parten bestämmer vad som ska uppmärksammas. För att undvika att sjuksköterskan hamnar i en maktposition gentemot patienten är det viktigt att patientens kunskaper och livsvärld uppmärksammas för att skapa möjligheter till delaktighet (Thornquist, 2001). Kommunikation mellan patient och sjuksköterska syftar till att skapa en relation där parterna litat på varandra, klargöra patientens behov utifrån hur han/hon upplever dem, ge adekvat information så att patienten kan skapa sig en uppfattning av vad som kommer att ske samt hjälpa patienten använda sina egna resurser (Carlsson, 2009).

Sjuksköterskans kommunikation med patient och närstående ska baseras på respekt, lyhördhet och empati, det vill säga att kommunikationen sker på patientens villkor och utifrån hans eller hennes förutsättningar (Socialstyrelsen, 2005). Vid hjärtsvikt är det viktigt att sjuksköterskan samtalar med patienten kring när andnöden uppkommer, vad det kan bero på och hur patienten upplever detta. Det handlar om att skapa sig en helhetsbild av hur patienten upplever sin sjukdom och hur den påverkar patientens vardag (Strömberg, 2009).

Svårigheter som kan uppkomma vid kommunikation mellan patient och sjuksköterska är då parterna inte förstår varandra på grund av att de har olika synsätt och inte kan mötas halvvägs. Brister i kommunikationen kan också bero på att patienten har nedsatt syn eller hörsel, att det finns språksvårigheter, tal och skriftsvårigheter eller på kulturella skillnader. För att underlätta kommunikationen är det viktigt att inte gå in i ett samtal stressad. Miljön ska vara lugn, patient och sjuksköterska bör sitta med ansiktena mot varandra, använda ett enkelt språk som patienten förstår utan medicinsk terminologi och utnyttja hjälpmedel om det behövs. Detta är viktiga faktorer för ett lyckat samtal (Carlsson, 2009).

Undervisning och information

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan kunna undervisa och stödja patienter och närstående för att främja hälsa. Det är sjuksköterskans ansvar att identifiera och aktivt arbeta med att förebygga hälsorisker och när behov finns motivera till livsstilsförändringar hos patienter. Till följd av detta krävs att sjuksköterskan kan identifiera och bedöma vilka resurser och förmågor patienten besitter till egenvård (Socialstyrelsen, 2005).

För att en patient eller närstående ska kunna vara delaktig i vård och behandling krävs det att sjuksköterskan delger adekvat information samt erbjuder stöd och vägledning. Informationen ska vara anpassad till mottagaren vad det gäller innehåll och språk men även ta hänsyn till var och när informationen lämnas. Det ligger i sjuksköterskans ansvar att förvissa sig om att patient eller närstående har förstått given information, samt att uppmärksamma de patienter som ej själva uttrycker ett behov av information (Socialstyrelsen, 2005).

Egenvård vid Hjärtsvikt

I Renpenning och Taylor (2003) beskrivs Dorothea Orems egenvårdsteori som aktiviteter vilka patienten på eget initiativ kan utföra för att bevara hälsa och välmående och med detta även sin livskvalitet. Sjuksköterskans mål med omvårdnaden bör vara att främja patientens förmåga till egenvård. Orems teori grundar sig i att om människan bara har tillräcklig kunskap samt möjlighet kan hon ta hand om sig själv och sköta sin egenvård utifrån vad som är optimalt för denne. För att sjuksköterskan skall kunna tillgodose patientens egenvårdsbehov finns det olika hjälpmetoder. Några viktiga metoder kan vara att undervisa och handleda i egenvård. Enligt Renpenning och Taylor (2003) bör undervisningen planeras utifrån patientens behov av lärande för att motivera och stödja patienten i bedrivande av egenvård. För att kunna utföra egenvård krävs att patienten är motiverad till att förändra livsstilsfaktorer samt att följa den behandling som förskrivs. Patienten behöver dessutom ha tillräckligt med fysisk och psykisk prestationsförmåga, kunskaper om hur tecken och symtom på försämring känns igen samt kunna utvärdera effekten av egenvårdsåtgärderna. Ett bra sätt att mäta egenvård är i kunskap eller i följsamhet till behandling (Strömberg, 2009).

Till de livsstilsförändringar som patienten kan vidta hör fysisk aktivitet, vaccination, lägga om kosten, daglig vikt, rökstopp samt minskad intag av alkohol. Sjuksköterskan har som ansvar att ge råd till patienten om regelbunden fysisk aktivitet och informera om att en årlig vaccination mot influensa rekommenderas till alla patienter med en hjärtsjukdom. När det kommer till kosten är små portioner att rekommendera för att undvika bröstsmärta och andnöd men även minskad saltintag samt vätskeintag. I de fall som patienten lider av malnutrition kan eventuella näringstillskott rekommenderas att inta. Regelbunden viktkontroll gör det möjligt att uppmärksamma vätskeansamlingar i kroppen. För patienter som röker gäller rökstopp och sjuksköterskan bör erbjuda hjälp med rökavvänjning om patienten uttrycker behov av detta. Måttliga mängder alkohol påverkar inte hjärtsvikten men vid stora intag finns det stor risk att hjärtsvikten förvärras (Strömberg, 2009).

PROBLEMFORMULERING

Patienter som lider av hjärtsvikt går en förändrad livsstil till mötes. För att fortsätta orka med sin situation behöver dessa patienter mycket information och kunskap för att kunna planera och genomföra egenvård. Om sjuksköterskor missar att besvara uppkommande frågor på korrekt sätt får detta negativa konsekvenser för patienters delaktighet i omvårdnaden. Sjuksköterskan måste uppmärksamma och känna till på vilket sätt och med vilka faktorer man kan öka patienters egenvård.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa olika faktorer som påverkar delaktighet och förmågan till egenvård hos patienter med hjärtsvikt.

METOD

STUDIEDESIGN

Metoden som valdes till den här studien är en litteraturoversikt. En litteraturoversikt syftar till att skapa en bild av ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde eller den kunskap som finns inom ett specifikt vårdvetenskapligt område (Friberg, 2006). Det valda problemområdet har studerats genom både kvalitativ och kvantitativ forskning som enligt Segesten (2006) ger en bred sökning, analys och sammanställning.

DATAINSAMLING

Innan den riktiga systematiska sökningen utfördes gjordes en sökning på PubMed med enbart "heart failure" som sökord för att få en bild av hur stort området var. Sökningen visade 170 642 träffar och därmed skulle ytterligare sökord och begränsningar behövas. Den systematiska informationssökningen gjordes via universitetsbiblioteket i databaserna PubMed och CINAHL mellan datumen 20 januari och 23 januari. PubMed och CINAHL användes för att komplettera varandra samt för att inte gå miste om relevanta studier. En sökning måste begränsas i ett tidigt stadium för att informationen ska vara adekvat och innefatta ett tillräckligt stort urval och därför valdes två databaser ut som informationskällor till den systematiska informationssökningen (Östlundh, 2006).

Sökorden på svenska var hjärtsvikt, omvårdnad, upplevelse, delaktighet, egenvård, sjuksköterska, utbildning och kommunikation. För att få ett passande urval av artiklar som belyser studiens syfte gjordes en sökning i databasen svensk MeSH för att finna engelskspråkiga motsvarigheter till valda sökord och synonymer av relevans. Även svensk-engelskt lexikon har använts. Sökorden har varit heart failure, nurse, nursing, communication, education, experience, participation, caring och selfcare. Genom att kombinera sökorden med varandra användes en boolesk söklogik, det vill säga att sökningen görs med fler än ett ord för att öka sökningens resultat (Östlundh, 2006). Först gjordes en sökning i PubMed med tre olika sökkombinationer. Sedan gjordes en kompletterande sökning i CINAHL med samma tre sökkombinationer för att täcka upp kunskapsområdet. 32 abstrakt lästes varav 15 abstrakt var relevanta för syftet. Därefter lästes hela artiklar varav åtta artiklar valdes att ingå i studien eftersom resterande sakade relevans. Eftersom åtta artiklar inte var tillräckligt många gjordes en sekundärsökning (Östlundh, 2006). Sekundärsökningen resulterade i 33 lästa abstrakt och fem lästa artiklar där alla valdes att ingå i studien. Totalt valdes 13 artiklar. Se bilaga 1.

URVAL OCH BEGRÄNSNINGAR

Artikelsökningen begränsades till tidsperioden 2004 till 2014 för att materialet skulle vara så aktuellt som möjligt. Artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, innehålla ett synligt abstract samt finnas tillgängliga i full text. I CINAHL valdes begränsningen peer-reviewed för att underlätta sökandet av vetenskapliga artiklar.

Artiklarnas ursprungsländer har varit Sverige, USA, Storbritannien, Iran, Colombia och Taiwan, varken sökning eller urval har begränsats till specifika länder.

DATAANALYS OCH KVALITETSGRANSKNING

De tretton artiklar som valdes ut lästes noggrant igenom av författarna var för sig. Under arbetets gång markerades stycken av intresse för arbetet som sedan diskuterades författarna emellan. Studiernas innehåll som helhet analyserades och diskuterades författarna emellan. En granskningsmall av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bilaga 2, har använts för kvalitetsgranskningen. En noggrann genomgång gjordes av varje artikel och fokus lades på om det fanns ett klart formulerat syfte, hur metod och metoddiskussion var beskrivet, vad resultat visade samt hur resultat hade tolkats och analyserats. Dessa faktorer avgjorde om artiklarna värderades hålla låg, medel eller hög kvalitet. Stor vikt lades även kring huruvida artiklarna var etiskt granskade eller inte. En annan faktor som studerades var om författarna till varje artikel hade diskuterat för och nackdelar med studien.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Åtta artiklar av följande författare: Arredondo-Holguin, Rodriguez-Gazquez och Higuitero-Urrego (2012), Bagheri, Yaghmaei, Ashktorab och Zayer (2012), Mårtensson, Strömberg, Dahlström, Karlsson och Fridlund (2005), Howie-Esquivel och Dracup (2012), Eldh, Ehnfors och Ekman (2006), Eldh, Ehnfors och Ekman (2004), Scott, Setter-Kline och Britton (2004), samt Nordgren, Asp och Fagerberg (2007) är granskade av etisk kommitté.

Artiklar av Tung, Chen, Yin, Cheng, Wang och Wu (2012), Reigel, Dickson, Hoke, McMahon, Reis och Sayers (2006), Lloyd-Williams, Beaton, Goldstein, Mair, May och Capewell (2005), Baker, Asch, Keeseey, Brown, Chan, Joyce och Keeler (2005), samt Field, Ziebland, McPherson och Lehman (2006) finns det ingen information huruvida de är etiskt granskade eller inte.

RESULTAT

Under analysens gång har olika kategorier vuxit fram utifrån studiens syfte:

- Patientutbildning
- Kontakt med sjuksköterska
- När informationsöverföringen brister
- Bemötande
- Delaktighet
- Bristande delaktighet

PATIENTUTBILDNING

Baker et al. (2005) kom fram till att patientundervisning som riktar sig mot egenvård, livsstilsförändringar, övervakning av sitt tillstånd samt att journalföra sin vikt ökade patienters kunskap om sin sjukdom. Även förbättrad kommunikation mellan patient och sjuksköterska

bidrog till ökat förtroende för att fullfölja livsstilsförändringar och kontroller vid hjärtsvikt. Enligt Riegel et al. (2006) hade sjuksköterskans bemötande av patienten stor betydelse för den fortsatta kommunikationen och relationen mellan de två parterna. Strategier för patientutbildning var aktivt lyssnande, motivation samt öka förståelse kring vilken effekt sjukdomen hade på patientens liv. Riegel et al. (2006) menade att en empatisk relation byggde på att sjuksköterskan bemötte patienten personligt men professionellt. Det var viktigt att sjuksköterskan bekräftade patienten och dennes kultur för att få en förståelse om hur de kulturella normerna kunde påverka patientens förmåga till egenvård. Även studien av Arredondo-Holguin et al. (2012) visade att patientutbildning vid hjärtsvikt ledde till positiva förändringar vad det gällde att förändra sin livsstil och ta ansvar för egenvård.

Studien av Mårtensson et al. (2005) visade på att en sjuksköterskeledd intervention i form av utbildning, rådgivning och uppföljning via telefon kunde öka livskvalitet och minska förekomsten av depression hos patienter med hjärtsvikt. Även Arredondo-Holguin et al. (2012) kom fram till positiva effekter av patientutbildning då patienter i större utsträckning tog kontakt med läkaren i samband med förändrad symtombild. Patientutbildningen bidrog även till ökad acceptans i förhållande till sin sjukdom samt motivation till förändrad livsstil och egenvård.

KONTAKT MED SJUKSKÖTERSKA

För att stimulera delaktighet och förmåga till egenvård ska kontakten med sjuksköterskan ha vissa förutsättningar. Nordgren et al. (2007) kom fram till att kontakt med samma sjuksköterska i öppenvården ledde till meningsfullhet och tilltro att kunna vända sig till sjuksköterskan. Delaktigheten grundade sig på att sjuksköterskan var närvarande, inte bara kroppsligt utan även mentalt. Ständigt byte av personal bidrog till konsekvenser så som att patienter försökte lösa problem på egen hand, efter egen kunskap och upplevelser. Patienterna i studien Baker et al. (2005) upplevde att tillgången till en egen hjärtsjuksköterska bidrog till bättre utbildning, kunskaper om sjukdomen och förändrat egenvårdsbeteende. Scott et al. (2004) kom fram till att en gemensam målsättning mellan sjuksköterska och patient skapade förutsättningar till bättre sjukdomsinsikt, högre mental hälsa samt förbättrad livskvalitet.

Lloyd-Williams et al. (2005) belyste att en bra och nära relation till sjuksköterskan gjorde att patienterna vågade ställa frågor om de inte förstod något eller om de behövde mer information. Genom att sjuksköterskan förklarade vad olika mediciner var till för ökade patienternas följsamhet till dem.

NÄR INFORMATIONSÖVERFÖRINGEN BRISTER

Bristande informationsöverföring kunde ses när patienter inte visste att de hade hjärtsvikt, men uppgav sig veta att de hade hjärtproblem (Field et al, 2006). Det framkom i studien att även om information gavs så hade den inte nått fram till patienten. Orsaker till detta kunde vara oförståelse eller att informationen gavs vid fel tidpunkt. Det framkom att flera patienter tvekade och inte förstod meningen med medicinen eller inte förstod skillnaden mellan medicinska biverkningar och symtomen på hjärtsvikt. Eftersom de inte förstod vad hjärtsvikt innebar hade de svårt att acceptera att ta mediciner. Patienter ansåg att de kunde sluta ta mediciner när förloppet blev förbättrad, och hade svårt att acceptera samt förstå att de måste ta mediciner resten av sitt liv.

I studien av Lloyd- Williams et al. (2005) använde sig en del patienter av förnekelse vid hjärtsvikt, vilket kunde leda till att de inte tog till sig viktig information. En annan faktor som kunde leda till att patienterna inte tog till sig information var att de inte förstod vad olika behandlingar var bra för. Patienterna upplevde även att det var svårt att komma ihåg och knyta an till olika råd angående egenvård.

Enligt Lloyd- Williams et al. (2005) var information om viktkontroll, saltintag och vätskemängd något som patienterna inte kunde minnas att de fått samtidigt som sjuksköterskorna tyckte att de gav bra information så att patienterna skulle kunna utföra egenvård. En orsak till varför patienterna inte tog sina mediciner visade sig bero på okunskap. Patienterna kände igen medicinen och dosen men hade inget minne av att ha diskuterat kring medicinerna, även om sjuksköterskornas journaler visar att en sådan diskussion hade ägt rum.

Studien av Howie-Esquivel et al. (2012) tyder även på en hel del brister i kommunikationsöverföringen och i studien av Tung et al. (2012) framkom det att bristande kunskaper om sjukdom och symtom bidrog till låg nivå av egenvård. Enligt Riegel et al. (2006) var ett hinder för kommunikation depression eller att patienterna inte kunde tillgodose sina basala behov och ytterligare ett hinder kunde vara okunskapen om sjukdomen och vad den medförde.

BEMÖTANDE

I studien av Bagheri et al. (2012) upplevde patienter att deras värdighet ökade om de blev behandlade som unika individer och inte utifrån status och ekonomiska tillgångar. Att bli behandlad som en unik individ innebar att bli behandlad med respekt av sjukvårdspersonalen vilket ökade känslan av att vara värdefull. Bagheri et al. (2012) kom även fram till att viktiga faktorer som ökade värdigheten hos patienten var att sjukvårdspersonalen utförde sitt arbete och visade empati, oavsett arbetsmiljö och stressnivå.

Riegel et al. (2006) kom fram till att sjuksköterskan använde sig av patientcentrerad vård som innebar att hon var lyssnande, empatisk och hade förståelse för upplevelse av hjärtsvikt och svårigheter att öka motivation till egenvård. Studien Nordgren et al. (2007) pekade på att patienter som inte fick sina behov tillfredsställda kände sig nonchalerade och förolämpade. De kände att de blivit kränkta vilket bidrog till ökat lidande. Eftersom det var många patienter som upplevde att de inte kunde förlita sig på sina kroppar och kände stor osäkerhet till hur de skulle klara av vardagliga sysslor menade författarna Nordgren et al. (2007) att information kring den nyblivna situationen till patienten har stor betydelse för att de ska kunna förlita sig på vården. Enligt patienterna handlade det inte enbart om information kring den medicinska behandlingen utan även om att bli sedd, hörd och bekräftad samt att personalen fanns tillgänglig för dem.

DELAKTIGHET

I studien av Eldh et al. (2004) framkom det att patientens delaktighet bestod av tre delar: att vara säker på sig själv, att förstå information och att söka och behålla kontroll. Att vara säker på sig själv handlade om att förlita sig på sig själv, känna sin kropp och kunna uppmärksamma signaler som kroppen sände ut men även att kunna lita på sin vårdgivare. För delaktighet krävdes att förhållandet mellan patient och sjuksköterska byggde på respekt för varandra och att patienten kände att han/hon kunde lita på sjuksköterskan. Att känna sig själv innebar även att kunna sätta rimliga mål för en själv att uppnå eftersom orimliga mål kunde minska

patientens motivation till delaktighet. Den andra delen av delaktighet handlade om att förstå given information om kroppen, sjukdomen och behandlingen för att kunna uppmärksamma symtom och tecken på försämring. För att få patienterna att förstå given information pekade Eldh et al. (2004) på betydelsen av att använda pedagogiska strategier. Den tredje delen handlade om att behålla kontroll, det vill säga att kräva god vård och att stå upp för sig själv. Delaktighet innebar även att ha kontroll över planering och efterkontroll och att kunna vända sig till sjuksköterskan vid behov. För ökad delaktighet i sin behandling ansåg patienterna i studien av Bagheri et al. (2012) att det var viktigt med tillräckligt med information kring deras tillstånd och behandling. I studie av Eldh et al. (2006) upplevde sjuksköterskorna att delaktighet handlade om att patienter fick tillräckligt med information relaterat till individuellt behov, såsom att sjukdom och behandling förstods till fullo.

Enligt Eldh et al. (2006) upplevde patienten att delaktighet i vård och behandling var att ta ansvar, ta in nya kunskaper och att bli behandlad av sjukvårdspersonalen som en unik individ. Patienterna uppgav att delaktigheten ökade då de samspelade med personalen och att de uppmärksammades och fick sina önsningar, beslut och behov respekterade.

BRISTANDE DELAKTIGHET

Enligt Eldh et al. (2004) berodde bristande delaktighet från patienten på oförståelse, att inte ha kontroll över sin situation, att sakna relation till sjuksköterskan och att inte känna sig tillräcklig. Oförståelsen bestod av fyra aspekter: att inte förstå sjukvårdens struktur, förväntningar på andra, orsaken till behandling eller att inte förstå signaler och symtom från sin egen kropp. Flertalet patienter upplevde att de inte visste vem de skulle prata med eller vända sig till då de hade behov av hjälp. Vidare visste de inte hur deras kropp fungerar eller hur sjukdomen påverkade deras kropp och förmågor. Att inte ha kontroll innebar att inte ha kontroll över sjukdomen men likaså över behandlingen. Det framkom att patienter inte visste vad som förväntades av dem själva, de visste inte hur/när deras symtom kunde uppkomma, de visste inte när nästa steg i deras behandling skulle ta vid eller vad behandlingen involverade. Patienter upplevde att de inte fick den vård och behandling som de ansåg sig behöva. Att inte känna sig tillräcklig innefattade att inte känna sig respekterad, sakna värde som individ och en känsla av att känna sig blottad och som en bärare av sjukdom. Det här illustrerades eftersom vårdgivare kunde uppträda elakt och ignorera patienterna som unika individer. Det framkom också att patienter kände sig känslomässigt och fysiskt blottade.

I en senare studie av Eldh et al. (2006) upplevde patienterna att icke- delaktighet handlade om brist på information och respekt samt att bli beordrat ett beteende utan hänsyn till situation och åsikt. I samma studie ansåg sjuksköterskorna att icke- delaktighet var när patienterna saknade samhörighet och inte var mottagliga för given information.

Studien av Nordgren et al. (2007) visar att patienterna upplevde delaktigheten som oklar eftersom de fick dubbla budskap från vårdpersonalen. Att vara delaktig innebar för patienter att de kunde få svar på frågor, få adekvat information samt att få förklaringar på det egna sjukdomstillståndet. Patienterna upplevde delaktigheten som oklar eftersom de förväntades vara aktiva i besluten samtidigt som de uteslöts från sin vårdprocess.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi valde att läsa både kvalitativa och kvantitativa studier eftersom vi ville se på patienters upplevelser samtidigt som vi ville få en inblick över statistiska mätvärden. Vi tyckte att den här metoden lämpade sig bäst för att belysa olika faktorer som påverkar delaktighet och förmågan till egenvård hos patienter med hjärtsvikt.

Av de studier som uppkom vid sökningen lästes alla rubriker och utifrån dessa valdes de som verkade relevanta för syftet. Vidare lästes de abstrakt noggrant som hade en intressant rubrik för syftet och eventuellt kunde det ha funnits fler intressanta studier om uppkomna artiklar hade lästs. Samtliga studier speglade vårt syfte men ur olika perspektiv. Vi försökte presentera både negativa och positiva resultat, detta för att överensstämma med valt syfte. Enligt Forsberg och Wengström (2003) är det oetiskt att endast presentera ett resultat som stöder våra egna åsikter.

De valda studierna var gjorda i Sverige, USA, Storbritannien, Taiwan, Iran och Colombia vilket innebär att de var från fyra olika världsdelar. Eftersom Sverige idag är ett mångkulturellt land ville vi ha en spridning över flera olika kulturer för att se om det fanns några skillnader. Vi fann inga tydliga skillnader vilket tyder på att vår slutsats kan implementeras på alla patienter.

Resultatet baserades på 13 artiklar från databaserna PubMed och CINAHL. Vi fann flera artiklar som kunde ha varit av intresse men dock fanns dessa inte tillgängliga i fulltext, på grund av tidsbrist och ekonomisk begränsning kunde inga av dessa artiklar beställas. Det slutliga resultatet av analysen av studierna kan därför ha påverkats genom att endast två databaser användes då andra studier möjligtvis skulle kunnat finnas i andra databaser. Vi använde samma sökordskombinationer i både PubMed och CINAHL och en mättnad nåddes då samma studier var återkommande i båda databaserna. Om en ytterligare sökning skulle gjorts i en annan databas tror vi därför inte att det hade gett oss ytterligare artiklar. Fördelen med de kvalitativa studierna var att resultatet var baserat på intervjuer av unika individers tankar och åsikter vilket gav en bra bild av vad patienterna ansåg. Nackdelen med de kvalitativa studierna var att de hade få deltagare. Dock anser vi att våra kvalitativa studiers metoder var väl genomförda för att vi skulle kunna förlita oss på resultatet de kom fram till.

Studierna är som äldst från 2004 och ett spann på tio år var rimligt för att få fram aktuell och användbar forskning som kan appliceras i den kliniska verksamheten idag.

Vi började med att fundera ut sökorden på svenska. Flera av sökorden var omvårdnadsbegrepp och vi upplevde det svårt att finna bra översättningar på dessa till engelska. Dock anser vi ändå att vår sökning var relativt bred och kunde täcka in vårt syfte. Det var svårt att utifrån studiernas resultat göra egna kategorier eftersom kommunikation, information, undervisning, delaktighet med mera faller in i varandra. Trots detta anses rubrikerna passa de granskade studiernas resultat på bästa sätt.

Vi valde att exkludera skillnader mellan kvinnor och män samt närståendes perspektiv i analysen. Detta på grund av att vi ville begränsa resultatet eftersom vi redan har ett relativt

brett syfte dock kan det vara av intresse att reflektera över om resultatet hade varit annorlunda om dessa hade inkluderats.

Eldh et al. (2006) hade endast patienter med manligt kön i sin studie. Det nämns inte vilket kön sjuksköterskorna har i studien. I studierna av Tung et al. (2012), Bagheri et al. (2012) och Lloyd-Williams et al. (2005) var majoriteten av deltagarna män. Field et al. (2006) har 37 deltagare i sin studie men nämner inget om vilket kön de har. Generellt hade studierna fler män än kvinnor i sina undersökningar vilket kan ha påverkat vårt resultat.

Deltagande patienter i valda studier hade olika förutsättningar att besvara frågor samt olika förutsättning att delta i studierna. Vi tror att resultatet hade sett annorlunda ut om alla hade intervjuats på sjukhus och under samma förutsättningar.

Två av våra studier var gjorda av samma författare. Studien från Eldh et al. (2004) kommer fram till vad delaktighet är utifrån hjärtsvikt patienters perspektiv. Eldh et al. (2006) fokuserar på hur sjuksköterskor och patienter upplever delaktighet och icke delaktighet. Vi valde att använda bägge studierna då båda överensstämmer med det valda syftet.

Det var viktigt för oss att alla studier var etiskt granskade men det var flera studier som inte kunde redovisa att de hade blivit godkända av en etisk kommitté. Dock var dessa studier publicerade i antingen medicinsk tidskrift eller omvårdnadstidskrift vilket ändå tyder på att de borde vara kontrollerade. Till dessa studier var vi mer källkritiska eftersom vi anser att det är en brist hos en studie att inte redovisa huruvida de är etiskt granskade eller inte. Vi övervägde om de studier som inte var etiskt granskade skulle användas i resultatet. Studiernas inkluderades för att de ansågs vara etiskt genomförda. I studien av Tung et al. (2012) informerades patienter om sekretess samt om rätten till att dra sig ur studien. Riegel et al. (2006) nämner flera avhopp i sin studie och vi antar att de har haft möjlighet att avvika även om detta inte nämns. I Lloyd-Williams et al. (2005) tillfrågades patienter om de vill delta på sjuksköterskeinterventionen vilket innebär att de har haft ett val att delta eller inte. Scott et al. (2004) har fått godkänt från alla kommittéer som avser användandet av mänsklig data för att utföra denna studie. Baker et al. (2005) undersökte endast beteende hos deltagarna och ingen personlig information avslöjades.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet var en analys av tretton vetenskapliga artiklar varav sex var kvalitativa, sex var kvantitativa och en hade både kvalitativa och kvantitativa inslag. Vi hoppades att hitta forskning kring faktorer som hade betydelse för patienters delaktighet och förmåga till egenvård, som vi i framtiden kan använda oss av.

Resultatet som vi kommit fram till visar att patientutbildning är en viktig faktor som påverkar delaktighet och förmågan till egenvård hos patienter med hjärtsvikt. Passivitet i egenvård kan bero på att inte ha tillräckliga kunskaper för att kunna vara delaktig (Strömberg, 2009). När vi började läsa till sjuksköterskor behövde vi mycket information för att vi skulle känna att vi hade kontroll över vår nya livsstil. Om vi inte hade fått denna information hade vi hamnat i oro, stress och ångest. Därför inser vi hur viktigt det är för patienten att få utbildning kring sin nya livssituation. Kan det vara så lätt att utbildning mellan patient och sjuksköterska bidrar till

delaktighet, kontroll av hjärtsvikt och följsamhet till egenvård? Riegel et al. (2006) och Baker et al. (2005) kommer fram till att det faktiskt inte är svårare än så. Resultatet visar vikten att bemöta varje patient som unik. En del vill ha gemensamt uppsatta mål, andra vill ha en checklista på vad de skall göra och andra behöver skapa en bra och nära relation med sjuksköterskan för att de skall våga förlita sig på hälso- och sjukvården. Har sjuksköterskan tid för att anpassa sig efter varje unik individ? Vi tror att frågor som ”vad betyder det här för dig?”, ”vad känner du inför detta?” och ”hur påverkar detta ditt liv?” kan underlätta sjuksköterskans arbete och göra det enklare att möta varje unik individ. Vi tycker att det i dagsläget ute i den kliniska verksamheten läggs för stort fokus på den standardiserade informationen vilket gör att patienten hamnar i skymundan. Vi håller med Nordgren et al. (2007) och Baker et al. (2005) som menar att kontakt med samma sjuksköterska bidrar till meningsfullhet och ökad tilltro. Det förefaller dock inte möjligt att standardisera uppbyggnad av tilltro mellan patient och sjuksköterska då det tar tid och kräver en personlig relation mellan dem båda parterna. Även om det är en trygghet för patienten att träffa samma sjuksköterska vid varje besök är det svårt att i praktiken fullfölja detta. Flera faktorer påverkar, som till exempel sjukdom, personalbyte, resurser, effektivitet, prioriteringar obekväma arbetstider eller helt enkelt byte av station som gör det svårt att behålla kontinuerlig kontakt. Även Enqvist (2007) belyser att pressade tidsramar försvårar för både läkare, sköterskor med flera. Däremot är det viktigt att fortsätta sträva mot samma mål som patienten och dennes patientansvariga sjuksköterska satt upp. Det krävs av vårdpersonal att rapportera över och följa vårdplaner för att möta patienters önsknings till kontinuitet. Det som också kan påverka är vårdens organisation, enligt Fossum (2007) har organisationen stor betydelse för att möjliggöra att patientens kunskaper är utgångspunkt för själva egenvårdsutbildningen.

Något som kan orsaka att information och utbildning inte når fram till patienten är att det ges vid fel tidpunkt. Fel tidpunkt är nästan alltid då patienten precis fått sin diagnos och ska försöka bearbeta detta först och främst. Det vi har lärt oss är att den första fasen vid ett negativt livsförändrande besked är chockfasen. Den andra fasen är reaktionsfasen och det är först i tredje fasen, bearbetningsfasen som patienten är mottaglig för ny information (Cullberg, 2003). En del patienter i studien av Lloyd-Williams et al. (2005) använde sig av förnekelse vilket tyder på att dessa patienter fortfarande är i chockfasen. Att viktig information ges vid fel tidpunkt tror vi är en orsak till att patienter inte tar sina mediciner eller är följsamma till egenvård. Vi fann brister i vårt resultat då få författare diskuterade kring tidpunkten då information ges. Enligt oss kan det här ha mycket stor påverkan på hur mottagliga patienter är för information. Låter en sjuksköterska eller läkare stressad blir det förmodligen svårare för patienten att fråga eller berätta om saker som kräver tid och förtroende (Fossum, 2007). Det vi reflekterade över var om miljön som samtalen ägde rum i kunde vara en ytterligare faktor som påverkade information och utbildning. Enligt Carlsson (2009) påverkar miljön samtals utformning. En lugn och trygg miljö skapar förutsättningar för patient och sjuksköterska att uppnå ett tillfredställande möte.

Återkopplar vi till vår egen upplevelse av att hamna i en ny situation är det viktigt att vi känner oss värdefulla och respekterade samt blir behandlade som unika individer. Vårt resultat tyder på att genom att bli behandlad med respekt ökar känslan av värdighet som framkommer hos Bagheri et al. (2012).

Något annat som framkommer av vårt resultat är hur delaktighet påverkar förmågan till egenvård. Vad innebär då delaktighet? Innebär det att man som sjuksköterska går in till patienten och förmedlar vad som bestämts på rondan och vad som skall göras resten av

vårdtiden? Eller innebär det att lyssna till patientens tankar och mål och låta detta utgöra del av grunden till beslut som fattas tillsammans av både sjuksköterska, patient och läkare? Utifrån resultatet tänker vi oss att delaktighet består av tre komponenter som interagerar med varandra: patienten, sjuksköterskan och informationen. Sjuksköterskan är expert inom ämnet omvårdnad och har även stora medicinska kunskaper. Vidare är patienten expert på sin egen kropp, signaler den sänder ut och hur det känns att leva med sjukdomen. Information är ett verktyg för att utbyta kunskap mellan båda parterna, det vill säga att informationen är delad och inte given för att skapa en gemensam relation. En bristande dialog mellan patient och sjuksköterska har ofta negativ inverkan på möjligheten att ge bra information och utbildning (Carlsson, 2009).

När någon blir sjuk hamnar den personen i en helt ny situation och tvingas lära känna sig själv på nytt. Den förståelse som personen hade om sig själv förut liksom att vara uppmärksam på olika signaler som kroppen sänder ut kanske inte längre stämmer i den nya situationen. Vi ifrågasätter det som Eldh et al. (2004) kommer fram till att bristande delaktighet bland annat beror på patientens oförståelse. Vi anser att sjuksköterskor istället borde veta att det blir en ny livssituation för en patient som blir diagnostiserad med en sjukdom. Därför kan sjuksköterskor inte kräva av patienten att de skall ha förståelse för sin nya situation direkt då det tar tid att lära känna sig själv igen och kunna veta vad man klarar av och inte klarar av. Återigen vill vi trycka på att tidpunkten för information är viktig och att sjuksköterskor inte får kräva att patienter skall förstå med en gång. Vart brister det egentligen då patienter inte vet vad som förväntas av dem, vilka symtom som kan uppkomma eller hur den fortsatta behandlingen kommer se ut? Ansvar för att informera om detta ligger inte enbart hos sjuksköterskan utan även hos läkaren. Det måste finnas en dialog mellan läkare och sjuksköterska där parterna har klart för sig vem som gör vad. Detta verkar vara något som saknas, till exempel hos Eldh et al. (2004).

WHO (1994) tydliggör att information som ges till en patient måste utgå från dennes förmåga att förstå och att undvika användandet av medicinska termer. Det som vi har uppmärksammat är att sjuksköterska ofta får agera tolk mellan patient och läkare. Field et al. (2006) uppmärksammade att det endast var patienten som tidigare hade jobbat inom sjukvården som kunde samtala med läkare på samma nivå.

Om vi återigen tar exemplet från när vi började studera, då var det viktigt för oss som studenter att bli uppmärksammade från utbildningens sida och att det fanns utrymme för frågor och funderingar. Något som Eldh et al. (2006) uppmärksammade var att sjuksköterskorna dominerade patientbesöken och gav information om sjukdomen, dess behandling samt framtida planer för patienten utan att egentligen låta patienten ta plats och vara utgångspunkten för samtalet. Sjuksköterskor upplevde delaktighet som något som de gav till patienten att agera utifrån medan patienten upplevde delaktighet som något som de redan har. Vi anser inte att det är något som man ger till en individ, det är något alla har. Snarare skapar vi som sjuksköterskor möjligheter för patienter att vara delaktiga, genom att utgå från våra ovan nämnda frågor.

Det finns flera sätt att möjliggöra delaktighet. Enligt Riegel et al. (2006) kan man använda sig utav patientcentrerad vård. Dudas et al. (2013) menar dock på att det är viktigt att skilja på begreppen patientcentrerad vård och personcentrerad vård då det först nämnda automatiskt sätter patienten i fokus och inte personen. Personcentrerad vård innebär att se personen bakom sjukdomen och se till dennes behov, mål och önsningar. Detta kan vara ett sätt för sjuksköterskan att arbeta utifrån. Om information och utbildning anpassas till personen kan möjligtvis delaktighet och förmåga till egenvård öka. Personcentrerad vård bör enligt Dudas et al. (2013) vara ett standardiserat förhållningssätt inom hälso- och sjukvården.

Slutsats

Utifrån vår litteraturoversikt drar vi slutsatsen att det finns faktorer, i den moderna omvårdnaden av hjärtsviktspatienter, som både stimulerar och försvårar patienters delaktighet och egenvård. Mera omfattande forskning efterfrågas vad avser specifika förhållningssätt och vad sjuksköterskan kan bidra med för att få hjärtsviktspatienter mera engagerade i sin vård. Våra nyfunna kunskaper tar vi med oss till arbetslivet. Vi kommer sträva efter att återkoppla om vilka faktorer som kan påverka delaktighet och egenvård vid möten med patienter och försöka tillämpa den här kunskapen i praktiken.

REFERENSER

Arredondo-Holguín, E., Gázquez, Á. R., & Higuera Urrego, L. M. (2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 30(2).

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.

Baggens C, Sandén I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt* (s. 201-234). Lund: Studentlitteratur.

Baker, D. W., Asch, S. M., Keeseey, J. W., Brown, J. A., Chan, K. S., Joyce, G., & Keeler, E. B. (2005). Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. *Journal of cardiac failure*, 11(6), 405-413.

Carlsson, E. (2009). Kommunikation. I A- K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (s. 511- 538). Lund: Studentlitteratur.

Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. (4. utg.) Stockholm: Natur och kultur

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.

Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A. C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2004). The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(3), 239-246.

Eldh, A. C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2006). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 45-53.

Enqvist, B. (2007). Utlämnad, liten, sårbar. I B. Fossum (Red.), *Modeller och teorier för kommunikation och bemötande*. (s. 433-446). Lund: Studentlitteratur.

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

Field, K., Ziebland, S., McPherson, A., & Lehman, R. (2006). 'Can I come off the tablets now?' A qualitative analysis of heart failure patients' understanding of their medication. *Family practice*, 23(6), 624-630.

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.) *Modeller och teorier för kommunikation och bemötande*. (s.23-39). Lund: Studentlitteratur.

Fridlund, B. (1998). *Kardiologisk omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115- 124). Lund: Studentlitteratur.

Hedner, P. (red.) (2010). *Invärtesmedicin*. (10. uppl.) (s.69-75). Lund: Studentlitteratur.

Howie-Esquivel, J., & Dracup, K. (2012). Communication with hospitalized heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 216-222.

Lloyd-Williams, F., Beaton, S., Goldstein, P., Mair, F., May, C., & Capewell, S. (2005). Patients' and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. *Chronic illness*, 1, 39-47.

Mårtensson, J., Strömberg, A., Dahlström, U., Karlsson, J. E., & Fridlund, B. (2005). Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *European journal of heart failure*, 7(3), 393-403.

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.

Persson, S. (2003). *Kardiologi: hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

Renpenning, M.K. & Taylor, G.S. (2003). *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publications.

Riegel, B., Dickson, V. V., Hoke, L., McMahon, J. P., Reis, B. F., & Sayers, S. (2006). A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: mechanisms of effectiveness. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 232-241.

Scott, L. D., Setter-Kline, K., & Britton, A. S. (2004). The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Applied Nursing Research*, 17(4), 248-256.

Segesten, K. (2006). Sex modeller. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 85. 88). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2003). *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOSFS 2009:6. *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Strömberg, A. (2009). Cirkulation. I A- K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (s. 249- 280). Lund: Studentlitteratur.

Thornquist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken*. Lund: Studentlitteratur.

Tingström, P. (2009). Information och utbildning. I A- K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (s. 65- 94). Lund: Studentlitteratur.

Tung, H. H., Chen, S. C., Yin, W. H., Cheng, C. H., Wang, T. J., & Wu, S. F. (2012). Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 175-182.

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

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45- 70). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Antal Lästa Abstract	Antal Lästa Artiklar	Valda Artiklar
20/1	PubMed	Heart Failure, Nurse, Communication, Education	Abstract Available, Full Text Available, 10 years, Human	29	9	5	Lloyd-Williams et al. (2005) Baker et al.(2005) Reigel et al.(2006) Howie-Esquivel et al.(2011)
20/1	PubMed	Heart Failure, Nurse, Education, Experience	Abstract Available, Full Text Available, 10 years, Human	25	7	4	Mårtensson et al.(2004) Eldh et al. (2006)
20/1	PubMed	Heart Failure, Nurse, Education, Participation	Abstract Available, Full Text Available, 10 years, Human	19	9	3	Field et al.(2006) Scott et al.(2004)
20/1	CINAHL	Heart Failure, Nurse, Communication, Education	Peer Reviewed, Abstract Available, Human, 2004-	12	3	1	0
20/1	CINAHL	Heart Failure, Nurse, Education, Participation	Peer Reviewed, Abstract Available, Human, 2004-	6	3	1	0
20/1	CINAHL	Heart Failure, Nurse, Education, Experience	Peer Reviewed, Abstract Available, Human, 2004-	6	1	1	0

23/1	PubMed	Heart Failure, Nurse, Caring	Abstract Available, Full Text Available, 10 years, Human	30	7	1	Bagheri et al.(2012)
23/1	PubMed	Heart Failure, Nurse, Communication, Self Care	Abstract available, Full Text Availble, 10 years, Human	25	6	1	Eldh et al.(2004)
23/1	PubMed	Heart Failure, Nursing, Participation	Abstract available, Full Text Available, 10 years, Human	31	15	2	Nordgren et al.(2007) Tung et al.(2012)
23/1	CINAHL	Heart Failure, Nurse, Caring	Peer Reviewed, Abstract Available, Human, 2004-	4	1	0	0
23/1	CINAHL	Heart Failure, Nurse, Communication, Self Care	Peer Reviewed, Abstract Available, Human, 2004-	5	3	0	0
23/1	CINAHL	Heart Failure, Nursing, Participation	Peer Reviewed, Abstract Available, Human, 2004-	6	1	1	Arredondo-Holguín et al.(2011)

2 Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011)

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: Lena Nordgren, Margareta Asp & Ingegerd Fagerberg</p> <p>Titel: An Exploration of the Phenomenon of Formal Care from the Perspective of Middle-Aged Heart Failure Patients</p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att utforska och förstå hur formell omvårdnad upplevs av medelålders patienter med hjärtsvikt.</p>	<p>Sju patienter från en hjärtsviktsklinik valdes ut till att delta. Sju ostrukturerade intervjuer gjordes, materialet analyserades utifrån ett fenomenologiskt perspektiv.</p>	<p>Formell vård innebar för patienterna hopp om att återigen få tillgång till livet.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Väl utförd studie, bra syfte, resultat och metod. Granskad av etisk kommitté.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare: Ann Catrine Eldh, Margareta Ehnfors & Inger Ekman</p> <p>Titel: The Phenomena of Participation and Non-Participation in Health Care- Experiences of Patients Attending a Nurse-Led Clinic for Chronic Heart Failure</p> <p>Årtal: 2004</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka betydelsen av delaktighet och icke delaktighet upplevd av patienter med hjärtsvikt.</p>	<p>Tio deltagare. Narrativa intervjuer. Analysen är gjord utifrån den hermeneutiska cirkeln.</p>	<p>Delaktighet innebar att vara säker, att förstå och att finna och upprätthålla kontroll. Icke delaktighet innebar att inte förstå, inte ha kontroll, brist på relation och att inte vara beräknelig.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Tydligt syfte och resultat. Granskad av etisk kommitté. Bra diskussion av författarna.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: Ann Catrine Eldh, Margareta Ehnfors & Inger Ekman</p> <p>Titel: The Meaning of Patient Participation for Patients and Nurses at a Nurse- Led Clinic for Chronic Heart Failure</p> <p>Årtal: 2006</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka fenomenet av patientdelaktighet och icke delaktighet hos patienter med hjärtsvikt. Detta är en patient och sjuksköterskeperspektiv.</p>	<p>Fyra patienter och två sjuksköterskor deltog. Narrativa intervjuer och fältanteckningar analyserades. Analysen gjordes enligt Ricoeurs fenomenologisk - hermeneutiska perspektiv.</p>	<p>Patienternas upplevelse av delaktighet och icke delaktighet handlade om att vara ansvarsfull och att acceptera ansvar och brist på lika relation. Sjuksköterskorna upplevde patientdeltagande som att få information och trygghet att agera och icke delaktighet som att inte acceptera.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Bra syfte, bra resultat, bra diskussion kring begränsningar. Granskad av etisk kommitté.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: Jill Howie-Esquivel & Kathleen Dracup</p> <p>Titel: Communication with hospitalized heart failure patients</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet med studien var att 1) Identifiera huruvida inneliggande hjärtsviktpatienter vill kommunicera kring sjukdomshantering , prognos och återupplivningsöns kningar 2) Identifiera relationen mellan kommunikation med kliniska variabler och livskvalitet.</p>	<p>Fyrtiosju patienter deltog i en prospektiv kohort studie. Enkät och semi- strukturerade intervjuer användes. Analysen gjordes med hjälp av dataprogrammet SPSS.</p>	<p>62 % ville ha mer information angående egenvård medan 44 % ville diskutera mer kring deras prognos. 51 % kunde inte komma ihåg att de har haft en diskussion kring återupplivningsfö rsök under den inneliggande tiden.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Bra metod, bra resultat. Granskad av etisk kommitté.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: J. Mårtensson, A. Strömberg, U. Dahlström, J.-E. Karlsson. B. Fridlund</p> <p>Titel: Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Tidskrift: European Journal of Heart Failure</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att fastställa effekterna av en sjuksköterskeled intervention, designat till att förbättra egenvård hos patienter med hjärtsvikt r/t livskvalitet och depression.</p>	<p>Patienter screenades med hjälp av "Diagnosis related groups registry" till att delta i en samlad randomiserad studie.</p> <p>153 patienter deltog, varav 78 patienter i interventionsgruppen som involverade patient och familjeutbildning om hjärtsvikt och egenvård samt uppföljning via telefon.</p>	<p>Effekterna av interventionen var begränsade men några förbättringar kunde ses i interventionsgruppen vad det gäller livskvalitet och depression.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Väl genomförd studie, tydlig syfte och resultat. Tydlig diskussion av begränsningar vad det gäller metod och interventionen.</p> <p>Granskad av etisk kommitté.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningssperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: Hossein Bagheri, Farideh Yaghmaei, Tahereh Ashktorab & Farid Zayeri</p> <p>Titel: Patient dignity and its related factors in heart failure patients</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Tidskrift: Nursing Ethics</p> <p>Land: Iran</p>	<p>Syftet med studien var att utforska patientens värdighet och relaterade faktorer hos patienter med hjärtsvikt.</p>	<p>Tjugotvå patienter med hjärtsvikt valdes avsiktligt ut att delta i studien. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Resultatet visar att patient värdighet innebar att bli behandlad med respekt, sett som en enskild individ och att faktorer som patientens erfarenheter, personalens uppträdande påverkade patientens värdighet.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Tydlig beskriven och besvarat syfte. God diskussion av författarna. Granskad av etisk kommitté.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: Edith Arredondo-Holguín, Maria de los Angeles Rodríguez Gázquez & Lina Marcela Higuera Urrego</p> <p>Titel: Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure.</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Tidskrift: Investigacion & Educacion en Enfermeria</p> <p>Land: Columbia</p>	<p>Syftet med studien var att värdera förbättringarna av egenvård efter en sjuksköterskeintervention hos patienter med hjärtsvikt.</p>	<p>Tjugonio patienter som deltog i ett hälsovårdprogram valdes att delta. Under 9 månader deltog patienter i sjuksköterskeinterventionen som bestod av grupprådgivning, telefonkontakt, hembesök och broschyr. Artinian's selfcare scale användes som analysmedel.</p>	<p>Max poäng på skalan var 84 och median värdet var 53. Positiva förändringar sågs främst vad det gäller att be om hjälp, anpassa sig till sjukdomen och följsamhet till behandling.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Väljord studie, bra resultat, syfte och metod.</p> <p>Granskad av etisk kommitté.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningssperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: Kate Field, Sue Ziebland, Ann McPherson & Richard Lehman</p> <p>Titel: 'Can I come off the tablets now?' A qualitative analysis of heart failure patients' understanding of their medication.</p> <p>Årtal: 2006</p> <p>Tidskrift: Family practice,</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka om hjärtsviktpatienters medvetenhet om syftet och biverkningar av deras mediciner är tillräckliga för att kunna delta i en diskussion om behandling.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer. Trettiosju patienter med hjärtsvikt från runt om i Storbritannien. Analysen av intervjuerna gjordes utifrån en modifierad grounded theory.</p>	<p>Tre nivåer av medvetenhet identifierades: 1) visste varken syfte eller biverkningar av medicinen. 2) kunde namn och huvudsakliga biverkningar och litade på att doktorn gav dem information. 3) förstod sin diagnos och ville veta mer om deras sjukdom.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Välgjord studie och bra diskussion kring begränsningar. Intervjumaterialet är godkänt av varje deltagare innan copyright, vilket tyder på en etisk medvetenhet från författarnas sida.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: David W. Baker, Steven M. Asch, Joan W. Keeseey, Julie A. Brown, Kitty S. Chan, Jeffrey Joyce & Emmett B. Keeler</p> <p>Titel: Differences in education, knowledge, self- management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Tidskrift: Journal of cardiac failure</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet med studien var att fastställa om deltagande i en kvalitetsförbättrande samarbete för hjärtsvikt associerades med bättre interpersonliga aspekter av vård och hälsoutfall.</p>	<p>Tvärsnittlig telefon studie där patienter från 6 organisationer som deltog i det kvalitetsförbättra nde samarbetet fick ingå. 387 patienter i deltagargruppen och 414 i kontrollgruppen. Analysen har gjorts med SAS 8.0 och Stata 7.0.</p>	<p>Patienterna i deltagargruppen hade bättre följsamhet till egenvård än kontrollgruppen. Inga specifika skillnader i livskvalitet men mindre besök från bägge gruppen till sjukhus.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Bra metod och diskussion. Författarna har ej diskuterat etisk ställningstagande.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningssperspektiv /Kvalitetsgrad
<p>Författare: Linda D. Scott, Kay Setter-Kline & Agnes S. Britton</p> <p>Titel: The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure</p> <p>Årtal: 2004</p> <p>Tidskrift: Applied Nursing Research</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera effekten av gemensam målsättning (SE) och stödjande sjuksköterskeintervention (MGS) på mental hälsa och livskvalitet.</p>	<p>Deltagare valdes ut utifrån uppsatta kriterier. 28 patienter deltog i SE grupp och 27 patienter i MGS grupp och 33 patienter i en placebo grupp. Mätinstrument: MHI-5 & QLI.</p>	<p>Båda deltagargrupperna visade markanta förbättringar vad det gäller mental hälsa och livskvalitet.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Välgjord studie med bra syfte, metod och resultat samt diskussion. Författarna nämner att de har fått godkänt från alla kommittéer som avser användandet av mänsklig data för att utföra studien.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare: Ffion Lloyd-Williams, Susan Beaton, Pauline Goldstein, Frances Mair, Carl May & Simon Capewell</p> <p>Titel: Patients' and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study.</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Tidskrift: Chronic illness</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Syftet med studien var att förvissa sig om sjuksköterskor och patienters syn och erfarenhet av sjuksköterskeledd hjärtsviktsklinik.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. 15 patienter deltog. Semistrukturerade intervjuer. Sjuksköterskor från fyra olika kliniker intervjuades.</p>	<p>Sjuksköterskor kände att egenvårdsråd gav goda förutsättningar för att patienten ska kunna ha kontroll över sitt tillstånd. Patienter uppvisade bristande kunskaper vad det gäller medicinering.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Väljord och bra metod. Ingen etisk diskussion.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare: Heng-Hsin Tung, Shu- Ching Chen, Wei-Hsain Yin, Ching-Hui Cheng, Tsae- JyyWang & Shu-Fang Wu.</p> <p>Titel: Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan.</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Land: Taiwan</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva egenvårds beteende och associerande demografiska faktorer som påverkar ett sådant beteende hos hjärtsviktspatienter.</p>	<p>86 patienter valdes ut genom lämplighets grad. Deskriptiv tvärsnittlig studie design. Demografiska enkäter. Self-care heart failure index V.6 användes vid insamling av data.</p>	<p>Resultatet indikerade på låg nivå av egenvård och patienter som var gifta skötte egenvården bättre.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Bra metod och diskussion kring begränsningar. Ingen etisk diskussion.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare: Barbara Riegel, Victoria V. Dickson, Linda Hoke, Janet P. McMahon, Brendali F. Reis & Steven Sayers.</p> <p>Titel: A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: mechanisms of effectiveness Årtal: 2006</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet med studien var att fastställa de mekanismer som en speciell framtagen intervention som bidrog till beteende förändring.</p>	<p>15 patienter med hjärtsvikt fick under tiden på sjukhus en motiverande intervention för att förbättra egenvård vid hjärtsvikt. Författarna använde sig av ett före och efter test för att kunna utvärdera resultat. Mätinstrument: Self-Care of HF index.</p>	<p>Resultatet visar att 71,4 % av deltagarna förbättrade egenvården efter interventionen.</p>	<p>Studien har både kvantitativa och kvalitativa inslag.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Välbeskriven metod och bra resultat. Ingen etisk diskussion.</p>