

HJÄLP! JAG SVIKTAR!

En litteraturstudie om utbildning och samtal vid hjärtsvikt

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 11 juni 2018

Kurs: 49

Författare: Stephanie Douglas Anderberg

Författare: Anna Kero

Handledare: Karin Bergkvist

Examinator: Eleni Siouta

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Hjärtsvikt är en allvarlig och progressiv sjukdom. Patienterna upplever ofta en långsam försämring och att den fysiska förmågan minskar, vilket ofta leder till social isolering. Patienterna blir mer beroende av hjälp och kräver mer sjukhusvård. Som sjuksköterska är ett av de viktigaste målen att lindra lidande. Personer med hjärtsvikt upplever ofta att sjukdomen har en stor påverkan på deras liv och livskvalitet, vilket gör att sjuksköterskans roll blir viktig för att lindra det lidande som låg livskvalitet medför.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur utbildning och samtal kan lindra lidandet hos personer med hjärtsvikt.

Metod

För att besvara studiens syfte genomfördes en litteraturoversikt med integrerad analys. Studiens data består av vetenskapliga forskningsartiklar. Artikelsökningen skedde i databaserna CINAHL och PubMed. När materialet var insamlat genomfördes en systematisk genomgång av artiklarnas resultat genom kvalitetsbedömning för att avgöra artiklarnas relevans för studien.

Resultat

Resultatet visade att patienter som deltog i sjuksköterskeledd utbildning, stödgrupper och motiverande samtal fick en förbättrad fysisk och psykisk hälsa samt ökad livskvalitet och reducerat lidande. Det var tydligt att utbildning hjälper patienter med hjärtsvikt att hantera sjukdomen i vardagen genom förbättrad egenvård. Flera studier visade att stöd och samtal gav bättre resultat då patienterna kontinuerligt fick sina frågor besvarade och kunde anpassa vården efter sjukdomsförloppet.

Slutsats

Studien visade att patienter som deltog i sjuksköterskeledd utbildning, stödgrupper och motiverande samtal utvecklade en bättre egenvård vilket ledde till förbättrad fysisk och psykisk hälsa samt ökad livskvalitet vilket reducerade lidandet för personer med hjärtsvikt.

Nyckelord: Hjärtsvikt, Lidande, Livskvalitet, Patientutbildning, Samtal

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt.....	1
Utbildning och samtal	4
Livskvalitet.....	5
Lidande.....	5
Sjuksköterskans professionella ansvar	7
Problemformulering	8
SYFTE	9
METOD	9
Val av Metod.....	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Databearbetning	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden	14
RESULTAT	15
Påverkan på egenvård.....	15
Påverkan på fysisk hälsa	16
Påverkan på psykisk hälsa.....	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion.....	17
Metoddiskussion.....	19
Slutsats	21
Fortsatta studier	21
Klinisk tillämpbarhet.....	21
REFERENSER	23

BILAGA A-B

INLEDNING

Att drabbas av hjärtsvikt innebär många förändringar i livet. Kroppen påverkas mycket vilket gör att personer med sjukdomen kan känna sig trötta med låg energinivå, lätt bli andfådda, ha svårt att gå i trappor och få svårt att resa eller besöka platser utanför hemmet. Detta kan göra att det blir svårt att umgås med vänner och familj utan problem och livssituationen påverkas mycket (Hwang, Liao & Huang, 2014). Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses, 2017). I denna studie har författarna tagit fasta på sjuksköterskans ansvar att lindra lidande för personer med hjärtsvikt genom att undersöka hur utbildning och samtal kan hjälpa personer med denna sjukdom.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en allvarlig sjukdom och en vanlig orsak till sjukhusinläggning framför allt över 65 års ålder. Mellan 180 000-350 000 personer lever med hjärtsvikt i Sverige (Ericson & Ericson, 2012). Det är en vanlig hjärtsjukdom med uppskattad prevalens på två till tre procent i både Europa och USA. Prognosen för hjärtsvikt är sämre än det flesta vanliga cancerformerna (59 procent dödlighet inom fem år) och är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusinläggningar i västvärlden (van der Wal, Strömberg, Veldhuisen & Jaarsma, 2016).

När hjärtats pumpförmåga är otillräcklig och inte längre kan försörja kroppens vävnader och organ med nödvändig mängd blod har hjärtsvikt uppstått. Den vanligaste orsaken till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom tätt följd av hypertoni. Tillsammans utgör dessa två 75 procent av de orsakerna till hjärtsvikt. Andra bakomliggande faktorer är klaffsjukdomar, hjärtarytmier, myokardit eller kardiomyopater. Hjärtsvikt kan även utlösas då hjärtat blir för hårt belastat av olika tillstånd som anemi, infektion, lungemboli, diabetes, alkoholkonsumtion, tyreoidesjukdom eller debuten av olika autoimmuna sjukdomar. Det finns två typer av hjärtsvikt. Hjärtsvikt med diastolisk eller systolisk dysfunktion. Den systoliska dysfunktionen innebär att hjärtats tömningsförmåga är nedsatt vilket leder till att hjärtat inte kan försörja kroppens vävnader med tillräcklig mängd blod. Hjärtats slag- och minutvolym minskar. Diastolisk dysfunktion innebär att kamrarnas påfyllningsfas är störd. Kammarmuskulaturen styvnar och förmågan att dilatera och relaxera blir nedsatt. Detta ökar trycket i kammaren och risken för förmaksflimmer ökar (Ericson & Ericson, 2012).

New York Heart Association (NYHA) har klassificerat hjärtsvikt i olika funktionsklasser - se tabell 1 nedan.

Tabell 1. New York Heart Association – funktionsklasser för hjärtsvikt.

Funktionsklass I	<i>Asymtomatisk hjärtsvikt.</i> Patienten har hjärtsvikt utan begränsningar av vanlig fysisk aktivitet.
Funktionsklass II	<i>Lätt hjärtsvikt.</i> Patienten är lätt begränsad av fysisk aktivitet.
Funktionsklass III	<i>Måttlig hjärtsvikt.</i> Patienten är påtagligt begränsad av fysisk aktivitet.
Funktionsklass IIII	<i>Allvarlig hjärtsvikt.</i> Hjärtsviktssymtom i vila.

(Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011).

Anamnesen är viktig att ta hänsyn till vid utredningar av hjärtsvikt då orsakerna skiljer sig något åt mellan män och kvinnor. Kranskärllsjukdom är den vanligaste orsaken till hjärtsvikt hos män medan hypertoni och diabetes är den vanligaste orsaken hos kvinnor (Eikeland et al., 2011).

Symtom vid hjärtsvikt

Ofta är hjärtsvikt svårt att upptäcka då hjärtats kompensationsmekanismer hjälper till att hålla cirkulation och pumpfunktion tillfredsställande. Detta kompensationsystem gör att inga symtom uppträder initialt och patienten har en så kallad latent hjärtsvikt. Detta kompensationsystem varar inte utan symtomen visar sig över tid eller vid ökad ansträngning vartefter hjärtats reservkapacitet förbrukas (Eikeland et al., 2011). Hjärtat kompenserar den ökade belastningen med att öka sympatikustonus samt dilatation och hypertrofi av hjärtmuskeln. Sympatikusaktiveringen gör att noradrenalin och adrenalin utsöndras och stimulerar till ökad kontraktionskraft och hjärtfrekvens som leder till ökad hjärtminutvolym. Dilatationen av muskelfibrerna i hjärtat gör att kontraktionskraften ökar och hjärtat förstoras. Hypertroferingen av muskulaturen bidrar till det förstörade hjärtat då hjärtat långvarigt fylls med blod så myokardcellerna tänjs ut (Ericson & Ericson, 2012).

Det är viktigt att vara uppmärksam på patientens subjektiva symtom då de är de första att visa sig vid hjärtsvikt. Dessa kan vara att patienten känner sig trött, klagar på dyspné och har nedsatt förmåga att utföra dagliga aktiviteter. Därefter uppkommer ofta sömnlöshet, kronisk trötthet eller fatigue, försämrad kognitiv funktion, ångest, problem i sociala sammanhang och depression (Eikeland et al., 2011). Andra symtom kan vara nattlig hosta, ökad urinmängd under natten, stasade halsvener, cyanos, aptitlöshet och illamående samt hjärtklappning (Ericson & Ericson, 2012). Vid långt gången hjärtsvikt är fatigue och dyspné de vanligaste symtomen. Förmågan att utföra olika dagliga aktiviteter minskar och social isolering är vanligt som följd. Det är vanligt att rädsla och andra psykiska symtom framträder (Small et al., 2009). Patienterna upplever ofta att de långsamt försämras och att den fysiska förmågan minskar. Följden blir att patienterna kräver mer sjukhusvård och hjälp för att klara sin situation (Yamokoski et al., 2007).

Behandling av hjärtsvikt

Målsättningen med behandlingen av hjärtsvikt utgår från tre punkter. Att förebygga insjuknande, att lindra symtom som leder till bättre livskvalitet och mindre behov av inneliggande sjukhusvård samt att minska dödligheten av sjukdomen. Patientens egen medverkan i vården är mycket viktig då kunskap och följsamhet ligger till grund för att behandlingen ska bli framgångsrik (Hagerman, 2014).

Principerna för behandling av hjärtsvikt är att minska hjärtats arbete, optimera hjärtminutvolymen, förebygga akuta försämringar av hjärtsvikten, förebygga utvecklingen av lungödem samt att utbilda patienten om den rådande situationen. Detta uppnås både medicinskt och omvårdnadsmissigt. Den medicinska delen sker både med hjälp av läkemedelsbehandling, som ACE-hämmare, betablockerare, diuretika och digitalis, samt volymökande behandling, som infusion av Ringer-acetat. Som sjuksköterska består omvårdnadsansvaret i att identifiera, observera och bedöma tidiga tecken på eller försämring av sjukdomen. Sjuksköterskan ser till att patientens grundläggande behov är tillgodosedda genom att informera och ge patienten kunskap om den medicinska behandlingen och sjukdomssituationen (Eikeland et al., 2011).

Några viktiga omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan utför vid hjärtsvikt är att; göra regelbundna viktkontroller för att upptäcka vätskeretention, informera och undervisa patienten om vikten av fysisk träning, vikten av att reducera saltintaget i kosten, att vara följsam till medicinering samt att övervaka symtomen och tecken på sjukdomsprogression (Simões Da Silva Lessa et al., 2016).

Att leva med hjärtsvikt

Personer drabbade av hjärtsvikt upplever ofta att sjukdomen har en stor påverkan på deras liv och livskvalitet (Quittan et al., 2001). Ett liv med en kronisk och potentiellt livshotande sjukdom som hjärtsvikt påverkar hela människan och hennes närstående. Det blir stora konsekvenser för både den fysiska hälsan och livskvalitetet att leva ett liv där möjligheterna plötsligt blir begränsade och livet är hotat. För många innebär att drabbas av en hjärtsjukdom en stor kris i livet och känslor som rädsla, dödsångest, depression och hopplöshet är vanligt. För att kunna hantera dessa känslor behöver patienterna stöd och handledning i hur de ska hantera sin sjukdom. Utbildning är ett sätt att hjälpa patienter att förbättra sin egenvård vilket underlättar deras hantering av hjärtsvikten (Jaarsma et al., 2000). Mycket av behandlingen av hjärtsjukdom går ut på att förändra sin livsstil och få motivation till att leva ett hälsosammare liv. Här krävs personcentrerad omvårdnad och att sjuksköterskan utbildar och handleder patienten i sin sjukdom så att denne med hjälp av kunskap kan hitta rätt copingstrategier för att hantera sin nya livssituation (Eikeland et al., 2011). Personcentrerad utbildning som sker individuellt och vid upprepade tillfällen ger störst effekt och tas emot bättre av patienten (Fredericks, Beanlands, Spalding & Da Silva, 2010).

Patienter kan lida av ökat symtom under deras sjukdomsutveckling som ofta åtföljs av återinläggningar, behov av hemsjukvård eller palliativ vård. Under utvecklingen av hjärtsvikt lider många patienter av depressiva symtom vilket kan påverka patienternas kognitiva förmåga. Allmänheten är inte medvetna om den negativa prognosen för hjärtsvikt, vilket leder till att patienter och deras anhöriga ofta har orealistiska förväntningar om deras framtid. Därför har riktlinjer framtagits för hjärtsvikt som rådgör att inkludera en dialog om prognosen hos hjärtsviktpatienter, så patienter kan ta realistiska beslut för deras framtid (van der Wal, Strömberg & van Veldhuisen, 2016).

Tillsammans med de fysiska begränsningarna och stora livsstilsförändringarna måste personer med hjärtsvikt hantera den ökade stressen av sjukhusvistelser, hot om dödlighet och ökat beroende av vård. Utan lämpligt stöd kan dessa faktorer påverka livskvaliteten för hjärtsviktpatienten (Coen & Curry 2016). Personer som drabbats av hjärtsvikt upplever ofta att de måste ta en ny roll i sociala relationer vilket medför känslor av skuld, hopplöshet och depression. Dessa känslor, tillsammans med den funktionsnedsättning som hjärtsvikt innebär, är i sin tur kopplade till minskad fysisk och psykisk livskvalitet. En minskad livskvalitet med större depression gör att den drabbade personen har svårare att acceptera sin sjukdom och utveckla copingstrategier för att hantera sin situation. Personer med hjärtsvikt, specifikt långt gånge sådana, upplever en hög grad av psykiska, fysiska och funktionella svårigheter och stress vilket leder till dålig livskvalitet (While & Kiek, 2009).

Persson och Wikström (2014) skriver att hjärtsviktpatienter bör motiveras till egenvård genom kunskap om läkemedel och livsstilsrelaterade faktorer såsom motion, kost, vägning och kontroll av vätskeintaget. De beskriver vidare att information som är professionellt given angående dessa faktorer kan öka livskvaliteten för patienten.

Utbildning och samtal

I denna studie används begreppen utbildning och samtal. I dessa inkluderas patientutbildning, motiverande samtal, stödjande samtalsessioner och gruppsamtal. De olika interventionerna utgör ett stöd för patienten genom att ge utbildning och information, stöttning i form av samtal samt en känsla av sammanhang och stöd i grupp. Gemensamt för dessa interventioner är att de kan genomföras av en sjuksköterska.

Patientutbildning

Undervisning och uppföljning är rekommenderat för hjärtsviktpatienter. Patienten behöver lära sig att känna igen symtom på sjukdomen och förstå hur symtomen hänger samman med dagliga aktiviteter och behandling (Eikeland et al., 2011). Kunskap om kost, motion, daglig eller regelbunden vägning, kontroll av vätskeintaget samt kunskap om läkemedel är viktigt för hjärtsviktpatienten att känna till (Persson & Wikström, 2014). Behandling av kronisk hjärtsvikt kräver ofta livsstilsförändringar för patienten (Eikeland et al., 2011). Effektiv patientutbildning omfattar tillhandahållande av lämplig vårdinformation i ett format anpassat till patientens lärandebehov. Jämfört med att endast få verbal utbildning, har nedskrivna patientutbildningar visat sig öka kunskapen väsentligt och förbättra patientens självförtroende för att hantera sitt tillstånd och söka hjälp vid behov (Boyd, Peters, Hwang, Korczyk, Ha & New, 2017).

Motiverande samtal

Motiverande samtal är en metod som finns till för att underlätta för patienten att fatta ett beslut om en förändring i sitt beteende. Motivationen går ut på att genom ett personcentrerat närmande öka den inneboende motivationen som finns till för förändring hos patienten genom att lösa den ambivalens som hindrar beslutet. Sjuksköterskans roll blir inte att fungera som en allvetande expert för att övertyga patienten om att en viss förändring är nödvändig. Snarare blir sjuksköterskans roll att stimulera de tankar som redan finns hos patienten som leder fram till ett beslut om förändring och sedan agera som

ett stöd i det nya och förändrade beteendet. I denna teknik ses patienten som expert på sin egen kropp och sitt eget beteende och måste ta eget ansvar för de förändringar och val som görs. Motiverande samtal finns för att hjälpa patienten att hjälpa sig själv. Patienten är den aktiva parten i förändringen som gör själva arbetet snarare än en passiv deltagare som bli förändrad av sjuksköterskan. Genom att aktivt lyssna, reflektera över vad som sagts, sammanfatta de positiva tankar om förändring och väga dem mot de hinder patienten har som motargument främjar denna teknik den naturliga förändringsviljan hos patienten (Brodie, Inoue & Shaw, 2008). Motiverande samtal fungerar bra som strategi för att hjälpa personer med hjärtsvikt till ett förändrat beteende som bland annat stärker och förbättrar egenvården. Genom att använda tekniker som reflektion och omformulering, empati, bekräftelse och humor samt individanpassad problemlösning hjälps patienten att se sin egen förmåga till förändring. Patienten blev mer öppen för nya målsättningar, talade i positiva termer om förändring, såg möjligheter att överkomma hinder och litade mer till sin egen förmåga att åstadkomma detta efter ett motiverat samtal (Riegel, Dickson, Garcia, Masterson Creber, & Streur, 2017).

Livskvalitet

World Health Organization, WHO, (2018) definierar livskvalitet som en persons uppfattning om deras ställning i livet i samband med de kultur- och värdesystem där de bor och i förhållande till deras mål, förväntningar, normer och bekymmer. Livskvalitet påverkas av människans fysiska hälsa, psykologiska tillstånd och sociala relationer.

Lidande

Lidande kan beskrivas som "...den subjektiva mänskliga helhetsupplevelsen av att möta något ont" (Arman, 2017, s. 214). Lidande kan vara såväl en fysisk som emotionell eller existentiell upplevelse. Några orsaker till lidande kan vara sjukdom, smärta, obehag, förlust, ångest, oro eller möte med döden (Arman, 2017). Vilka alla är faktorer som påverkar människans livskvalitet.

Inre styrka hjälper människor att se mening i svåra situationer och reducerar lidande. Ju högre grad av inre styrka, desto bättre upplevd hälsa trots sjukdom. Att stärka människors inre styrka kan utföras genom att underlätta kontakter med närstående och genom att stimulera till kreativitet och rörelser. Ett syfte med omvårdnaden och en oundviklig del av sjuksköterskans arbete är att möta den lidande människan, som exempelvis har svåra smärtor eller är rädd inför en undersökning, har ångest eller sliter med att hantera det liv som plötsligt förändras radikalt. Att ta hänsyn till sjukdom och objektiva symtom är idag minst lika viktigt som att se till patientens unika och subjektiva lidande. Den teoretiska kunskapen om betydelsen av att känna igen och lindra patientens lidande finns men utmaningen är dock att börja tillämpa den. Därför behöver de hinder som sjuksköterskan har för att lindra lidandet synliggöras (Wiklund Gustin, 2014).

Sjuksköterskans arbete med att stärka patientens hälsa och lindra lidandet kräver ett personcentrerat förhållningssätt där bestämmandeprocessen överläts till patienten. Det innebär att sjuksköterskan måste vara lyhörd och ta reda på vad varje enskild patient behöver för hjälp och stöd (Tingström, 2012).

För att kunna bedriva personcentrerad vård är det första steget att initiera partnerskapet genom patientberättelsen som sätter personen och dennes livssituation och villkor, och inte

sjukdomen eller diagnosen, i centrum för vårdprocessen. Partnerskapet innebär att dela information, ett samtal och även beslutsfattande inom ramen för den delaktighet som också kan inkludera närstående och familj. För att säkra detta partnerskap krävs dokumentation. För att ge legitimitet åt patientens perspektiv och underlätta partnerskapet dokumenteras därför patientens erfarenheter, preferenser, tro och värden (Ekman, 2014).

Som sjuksköterska är det största målet med omvårdnad att lindra lidande. Det finns brist på forskning som fokuserar direkt på både patienternas lidande och att lindra lidande i relation till vården. Begreppet 'existentiellt vårdande möte' används för att beskriva hur mötet mellan patient och sjuksköterska kan skapa mening i gemenskap och därmed lindra lidande genom att göra gemenskapen beständig (Rehnsfeldt & Eriksson, 2004). Intresset för att studera detta abstrakta fenomen har visserligen ökat de senare årtiondena men mer forskning behövs då lidande relaterat till vård fortfarande är lite beskrivet (Nordman, Santavirta & Eriksson, 2008).

Studien utgick ifrån en bestämd värdemässig grund med ett par definierade begrepp, såsom lidande, som utgångspunkt. Detta i syfte att utveckla den kunskap som stärker de praktiska omvårdnadsåtgärderna. Den valda teoretikern Katie Eriksson stämmer väl överens med detta förhållningssätt (Friberg, 2017). I och med detta kunde en kritisk granskning av materialet syfta till att utreda vad den befintliga forskningen visar angående stöd och utbildning för att lindra lidande för personer med hjärtsvikt.

Lidande enligt Katie Eriksson

Enligt Eriksson (2018) är lidande definierat som motsatsen till lusten. Lidande inträffar när något smärtsamt eller negativt drabbar människan. Lidande kan förklaras ur ett utifrån- eller inifrånperspektiv. Utifrånperspektivet ser lidandet som något allmänmänskligt och beskriver och teoretiserar lidande på en övergripande nivå. Inifrånperspektivet handlar om den enskilda människans perspektiv på sin egen livssituation, hälsa och sjukdom samt på den vård hon får (Eriksson, 1994). Eriksson (1994) menar att patienten upplever tre olika former av lidande i vården. Dessa är *sjukdomslidande*, *vårdlidande* och *livslidande*.

Sjukdomslidande

Sjukdom och medföljande behandling kan orsaka ett lidande för den drabbade. Denna relation kallas sjukdomslidande och kan bestå i den smärta eller andra besvär som sjukdomen ger. De fysiska symtom som uppstår kan påverka personens förmåga att hantera det psykiska lidandet som förknippas med sjukdom och bör därför åtgärdas. Själva behandlingen kan även den ge orsak till lidande då medicinen kan ge olika biverkningar både fysiskt och psykiskt. Det finns också en själslig aspekt av sjukdomslidande där känslor av skam kan vara starkt förknippade med både sjukdom och behandling (Eriksson, 2018).

Vårdlidande

Vårdlidande skildrar det lidande som patienten själv upplever i en vårdsituation. Det finns många olika former av vårdlidande som kan sammanfattas i följande kategorier; kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning samt utebliven vård (Eriksson, 1994).

Kränkning av människans värdighet kan ske genom nonchalans vid tilltal eller slarv då det gäller att skydda patienten vid vårdåtgärder som berör intima zoner eller personliga frågor. Kränkning kan mera abstrakt handla om bristande etisk hållning eller genom att inte ”se” människan och ge henne utrymme. Fördömmelsen har sin grund i uppfattningen om att det är sjuksköterskans uppgift att avgöra vad som är rätt och fel med patienten. I auktoritet av sitt faktakunnande kan sjuksköterskan bedöma vad som vore bäst för patienten även om patienten alltid har sista ordet. Att straffa handlar om att nonchalera vad patienten behöver hjälp med. Att inte bli tagen på allvar ger patienten en känsla av maktlöshet och maktutövning kan handla om tvingade omvårdnadshandlingar. Utebliven vård kan bero på bristande förmåga att se och bedöma vad som behövs eller icke-vård, det vill säga en vård där man inte utför vård, som ofta har sitt ursprung i motivet till att vårda (Eriksson, 1994).

Livslidande

Att drabbas av sjukdom, ohälsa och att bli en patient berör människans hela livssituation. Det självklara livet, med alla rutiner och vanor, tas mer eller mindre ifrån en. Ett fysiskt lidande och en svår smärta har en förlamande inverkan på hela människan. En påtvingad förändring av patientens livssituation strider mot det naturliga, och patienten behöver tid och hjälp för att finna en ny mening i sitt sammanhang (Eriksson, 1994). Detta lidande är vad Eriksson (2018) menar med livslidande. Exempelvis kan en sjukdom påverka personens arbetsförmåga eller relationen till andra människor. Livslidandet är ständigt närvarande i människors liv enligt Eriksson (2018) som beskriver hälsa som ett uthärdligt lidande. Människans livslidande utgörs av den bakgrund mot vilken hon tolkar och förstår det som händer henne. Därför är det viktigt att sjuksköterskan försöker förstå vilken betydelse patientens tidigare livserfarenheter har i relation till det aktuella lidandet (Eriksson, 1994). Det ifrågasättande som människan kan göra vid ett insjuknande är starkt relaterat till livslidande. Det är vanligt att människor som drabbas av allvarlig sjukdom funderar över hur och varför just de drabbats. Dessa frågor och det lidande de orsakar går att övervinna med rätt hjälp. Ofta behöver människan svar på varför de lider, själva orsaken till lidandet, för att kunna ge det mening. För att kunna lindra lidandet är det viktigt att sjuksköterskan får patienten själv att sätta ord på sin livssituation och hur de mår (Fredriksson & Eriksson, 2001).

Sjuksköterskans professionella ansvar

Enligt International Council of Nurses (2017) etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden. Dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. För att göra detta behövs omvårdnad som lindrar symtomen, förebygger försämring av hjärtsvikten och förbättrar patienternas livskvalitet (Ericson & Ericson, 2012). Ett sätt att främja hälsa och förebygga lidande hos personer med hjärtsvikt är att få patienten att känna sig delaktig i sin egen vård. Detta kan uppnås genom personcentrerad utbildning vilket underlättar för patientens förståelse för situationen och bidrar till egenvård (Eldh, Ehnfors, & Ekman, 2006).

I Patientlagen tydliggörs patientens ställning genom integritet, självbestämmande och delaktighet i vården (SFS 2014:821). Sjuksköterskan har ett professionellt ansvar att se till så att lagen följs. Detta genom att exempelvis använda evidensbaserad kunskap vid undervisning av patienter så de kan vara delaktiga i sin egen vård samt fatta informerade beslut angående sin vård. För att patienten ska kunna lita på att sjuksköterskan gör det som

är bäst för patientens hälsa behövs trovärdighet. Sjuksköterskan behöver uppvisa att hon är kunnig nog att se vilka behov patienten har och hur dessa ska tillfredsställas (Forsberg, 2016). Ett sätt att kunna tillmötesgå patientens behov är att se vilken typ av lidande denne genomgår och genom evidensbaserade kunskaper kunna ge patienten de verktyg och utbildning som krävs för att patienten ska kunna hantera eller lindra sitt lidande. Dessa förkunskaper som krävs av sjuksköterskan bottenar både i den kunskap om hälsa som följer med yrket och de erfarenheter sjuksköterskan skaffat sig i sin profession. För att behandlingen sedan ska lyckas är det viktigt att sjuksköterskan förmår att motivera patienten till att vara delaktig i sin vård och ta eget ansvar för sin behandling och framtida hälsa (Forsberg, 2016).

I den legitimerade sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår att självständigt ansvara för de kliniska beslut som fattas. Dessa erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra, behålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan har sex olika kärnkompetenser som ingår i vårdprofessionen (Forsberg, 2016). För att kunna bedriva *personcentrerad omvårdnad* är det viktigt att etablera ett partnerskap mellan patient och vårdare genom att se till personen i första hand och inte sjukdomen. Detta förhållningssätt gör att patienten kan bli delaktig i vården. För personer med hjärtsvikt är detta viktigt då sjukdomen är kronisk och kräver en kontinuerlig egenvård (Eikeland et al., 2011). *Samarbetet med hela teamet* runt patienten möjliggör att patientens fysiska och psykiska behov blir bemötta på bästa sätt. Tillsammans med patienten sätts ett mål för vården dit hela teamet strävar. Teamets olika kompetenser utgör tillsammans en helhetssyn för att se till patientens bästa. Sjuksköterskan har ett ansvar över sin kompetens då hon självständigt fattar beslut rörande den kliniska omvårdnaden. Det betyder att hon kontinuerligt måste vidareutbilda sig och vara påläst för att kunna bedriva *evidensbaserad omvårdnad*. Det finns dock svårigheter att utföra detta moment då tidsbrist är ett vanligt problem. *Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling* syftar till att förändra de vårdprocesser som inte längre fungerar för att förbättra kvaliteten inom vården. En indikator på kvalitet i vården är att patienten ska erbjudas individuellt anpassad information och möjlighet till en kontinuerlig kontakt med vården. *Säker vård* måste utövas så att varken patient eller personal skadas. Slutligen är *informatik* en viktig kompetens för sjuksköterskan då kunskapen och informationen som finns behöver organiseras så den lätt finns att tillgå. Informatiken hjälper sjuksköterskan att tillhandahålla sig den kunskap som är nödvändig för att kunna vårda patienten, exempelvis genom att söka information om patientens sjukdomshistoria i journalen (Forsberg, 2016).

Problemformulering

Då hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till att vuxna över 65 års ålder läggs in på sjukhus, och att mellan 180 000–350 000 personer beräknas lida av hjärtsvikt i Sverige, är det ytterst relevant att studera effekterna av sjukdomen. Personer drabbade av hjärtsvikt upplever ofta att sjukdomen har en stor påverkan på deras liv och livskvalitet vilket gör att sjuksköterskans roll blir viktig för att lindra det lidande som låg livskvalitet medför och bistå till en bättre hälsa. I enlighet med de etiska koderna från International Council of Nurses är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden att lindra lidande. Omvårdnadsåtgärderna vid hjärtsvikt är till för att lindra symtom, förebygga regression av

sjukdom och att förbättra livskvaliteten. Författarna av studien vill undersöka hur utbildning och samtal kan lindra lidandet hos personer med hjärtsvikt.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur utbildning och samtal kan lindra lidandet hos personer med hjärtsvikt.

METOD

Val av Metod

Denna studie var en litteraturoversikt med en integrerad analys i enlighet med Friberg (2017). Friberg menar att en litteraturstudie har för avsikt att fördjupa förståelsen och öka kunskapen för det valda problemområdet utifrån redan befintliga texter genom kritisk granskning av den inhämtade informationen. En litteraturoversikt kan belysa eventuella informationsluckor och visa på varför forskningsproblemet fortfarande är aktuellt. Detta kan vidare ge argument för ytterligare studier (Polit & Beck, 2017). Forskaren i en litteraturoversikt söker kunskap utifrån vetenskapliga artiklar istället för att söka svar som är grundade på erfarenhet. En förutsättning för att genomföra en litteraturoversikt är därför att det finns ett tillräckligt antal studier gjorda av god kvalitet för att utgöra underlaget för de slutsatser som dras (Forsberg & Wengström, 2016). I en litteraturoversikt används artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats då målet är att skapa en översikt av hela forskningsläget (Friberg, 2017). Kvalitativ metod är ett holistiskt sätt att bedriva forskningen då man avser att studera personers levda erfarenheter och uppfattningar kring ett visst fenomen. Den kunskap som utvinns ur kvalitativ forskning är hur individen upplever och förstår världen omkring sig. De subjektiva värdena ges utrymme i den kvalitativa studien. Kvantitativa metoder innebär att många objekt ingår i undersökningen där man syftar till att urskilja mönster eller tendenser i det fält som studeras. Dessa resultat är kvantifierbara, generaliserbara och statistiska. Kunskapen kan mätas objektivt och baseras på en generell verklighet (Borglin, 2017). Kvalitativ forskning undersöker fenomenen i en specifik händelse eller inom ett område och är ofta anpassningsbara i sin metod medan kvantitativ forskning använder sig utav mer exakta och kontrollerade mätmetoder (Polit & Beck, 2017). Då studien avser att ge en översikt av forskningsläget för att beskriva vilka interventioner, såsom utbildning och samtal, som kan lindra lidandet hos personer med hjärtsvikt, fanns ett värde i att inkludera båda typerna av forskningsdesign (Friberg, 2017).

Urval

Enligt Forsberg och Wengström (2016) skall urvalet vara ändamålsenligt och öka möjligheterna att få en bättre förståelse för studiens problemområde.

Inklusionskriterier

Till denna studie inkluderades artiklar och vetenskapliga originalstudier av både kvalitativ och kvantitativ design då avsikten var att skapa en översikt av forskningsläget (Friberg, 2017). Vidare användes primärkällor, vilket är att föredra då det är forskaren som utfört studien som beskrivit denna, till skillnad från sekundärkällor där den ursprungliga studien

tolkats av någon annan än den primära forskaren själv. Detta leder ibland till att de nya slutsatserna inte är helt objektiva samt att beskrivningen av originalstudien inte återgetts med samma detaljerade bakgrund. Ett inklusionskriterie för urvalet var att artiklarna skulle vara peer reviewed. Detta betyder att den är granskad av sakkunniga forskare inom det aktuella forskningsområdet som bedömer den vetenskapliga kvaliteten i arbetet (Polit & Beck, 2017). Artiklar som är peer reviewed är en bra avgränsning för att sortera ut artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter (Friberg, 2017). Det centrala för studien var artiklar som omfattar vuxna personer över 18 år med hjärtsvikt som huvudproblematik som svarade mot studiens syfte. Ingen vikt har lagts vid patientens kön då det är irrelevant utifrån studiens frågeställning.

Exklusionskriterier

Studier på minderåriga och barn har exkluderats samt studier genomförda inom onkologisk- och palliativ vård. Studier gjorda på ej adekvata patienter uteslöts.

Avgränsningar

För att få ett uppdaterat och relevant resultat är artiklar som är publicerade mellan år 2008 till 2018 inkluderade.

Datainsamling

Materialet samlades in genom sökningar i databaserna Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature, förkortat CINAHL, och PubMed. Detta resulterade i 15 vetenskapliga artiklar. CINAHL är en databas för omvårdnadsvetenskapliga artiklar och publiceringar och PubMed är en databas för främst medicin men även en del omvårdnadsrelaterade artiklar (Friberg, 2017).

Att använda rätt språk vid sökning i databaser och inte förbigå den information som söks är en utmaning. Studiens syfte och sökord styrde vilka sökningar som gjordes. För att försäkra att rätt ämnesord valdes användes indexorden eller thesaurus som översattes från svenska till engelska från MeSH både i CINAHL och i PubMed då engelska är det sökspråk som de flesta databaser är baserade på. I CINAHL användes även CINAHL Headings för att få fram ämnesorden (Friberg, 2017). Varje thesaurus försågs med funktionen *explode* i databasen CINAHL då det var möjligt för att utöka betydelsen av ordet. De sökord som användes i vilken databas redovisas i tabellen nedan där explode visas som ett +-tecken. I PubMed användes funktionen indexord vilket visas i tabell 2 nedan som termer med citationstecken.

Söktekniken som användes var en boolesk söklogik. Detta används för att markera för databasen hur de olika sökorden ska kombineras. Sökord inom samma kategori som exempelvis handlar om omvårdnad, "nursing care", sjuksköterskans roll, "nursing role", och patientutbildning, "patient education", söktes tillsammans som ett gemensamt block med sök-operatör OR. Ett annat block handlande om lidande med ord som "Stress, Psychological", "quality of life" eller "suffering". Ett tredje block handlande om den valda sjukdomen hjärtsvikt, "heart failure". Sök-operation OR gör att de träffar som visas innehåller någon, några eller alla av sökorden tillsammans. Resultatet blir att hela sökfältet som innehåller något av de ord som eftersöks dyker upp. Detta resulterar ofta i ett stort antal träffar. När varje blocksökning gjorts var för sig med sök-operatör OR gjordes en

kombinerad sökning med alla block tillsammans. Detta kunde åstadkommas genom att gå till sökhistoriken i databaserna och slå ihop de respektive sökningarna med sök-operatorn AND. Funktionen av denna sök-operator är att koppla ihop de olika blocken. Det vill säga att minst ett ord från varje block ska vara med i samma dokument för att generera en sökträff. Den sista sök-operatorn NOT användes inte i sökningen då funktionen finns för att begränsa en viss sökning. NOT användes inte för att ingen relevant artikel skulle missas (Friberg, 2017). Exakt hur kombinationerna såg ut i respektive databas redovisas i tabell 2 nedan. De fullständiga sökningarna resulterade i ett mindre antal träffar vilket ansågs fullgott för att gå vidare med begränsningarna av sökkriterierna. Sökorden i CINAHL var Nursing Role, Patient Education, nursing, Nurse-Patient Relations, Quality of Life, Emotions, Depression, Anxiety, Coping, Heart Diseases, Heart Failure, Stress Psychological, Nursing Care och nurse led. Sökorden i PubMed var professional patient relations, nurse patient relations, nurses role, nurses roles, nursing care, patient education as topic, care giving, stress psychological, anxiety, anxiety disorders, emotions, adaptation psychological, life change events, quality of life, suffering och heart failure.

När sökningarna kombinerats och begränsats var nästa steg att avgöra om sökfältet var av bra storlek. Ett antal träffar som inte var för få samt av en storlek som kunde genomläsas manuellt bedömdes som bra. Artiklarnas titel lästes först för att se om de kunde stämma in på studiens syfte. Om så var fallet eller om tveksamheter förelåg lästes sedan abstractet. Efter att abstractet lästs och bedömts som passande gentemot studiens syfte lästes hela artikeln. Urvalet av vilka artiklar som sedan skulle ingå i resultatet valdes med grund baserat på artiklarnas syfte, metod, problemformulering och resultat. Om dessa stämde överens med denna studies syfte och bedömdes kunna besvara denna läste båda författarna igenom artiklarna innan de slutligen valdes.

Tabell 2. Presentation av databassökning i CINAHL och PubMed.

Databas Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL 18-04-24	((MH "Nursing Role") OR (MH "Patient Education+") OR "nursing" OR (MH "Nurse-Patient Relations")) AND (MH "Nursing Role") OR (MH "Patient Education+") OR "nursing" OR (MH "Nurse-Patient Relations") AND	Full Text; Abstract Available; Published Date: 20080101-20181231; Peer Reviewed; Research Article; English Language	223	186	74	1

	<p>((MH "Quality of Life+") OR (MH "Emotions+") OR (MH "Depression+") OR (MH "Anxiety+") OR (MH "Coping+"))</p> <p>AND</p> <p>(MH "Quality of Life+") OR (MH "Emotions+") OR (MH "Depression+") OR (MH "Anxiety+") OR (MH "Coping+")</p> <p>AND</p> <p>(MH "Heart Diseases+") OR (MH "Heart Failure+")</p> <p>AND</p> <p>(MH "Stress, Psychological+") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Heart Diseases+")</p>					
CINAHL 18-05-09	<p>“heart failure”</p> <p>AND</p> <p>“Nursing Care”</p>	<p>Full Text; Abstract Available; Published Date: 20080101-20181231; Peer Reviewed; Research Article; English Language; Randomized Controlled Trials</p>	18	18	10	4
CINAHL 18-05-09	<p>“nurse led”</p> <p>AND</p> <p>“heart failure”</p>	<p>Full Text; Abstract Available; Published Date: 20080101-20181231; Peer Reviewed; Research Article; English Language</p>	26	26	14	5

PubMed 18-05-10	"professional patient relations" OR "nurse patient relations" OR "nurses role" OR "nurses roles" OR "nursing care" OR "patient education as topic" OR "care giving" AND "stress, psychological" OR "anxiety" OR "anxiety disorders" OR "emotions" OR "adaptation, psychological" OR "life change events" OR "quality of life" OR suffering AND "heart failure"	Has abstract; English Language; Årtal 2008-2018	170	95	63	5
TOTALT			437	325	161	15

+ = Explode/utöka använd i CINAHL

Databearbetning

Enligt Friberg (2017) krävs studier av god kvalitet för att kunna göra en trovärdig bedömning och komma fram till en relevant slutsats vid en litteraturöversikt. Efter att artiklarna valts ut gjordes en kvalitetsgranskning utifrån Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet avseende studier med ansats av kvantitativ och kvalitativ metod (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Denna kvalitetsgranskning finns att se i Bilaga A. Artiklarnas kvalitet bedömdes utifrån följande kriterier; typ av studie, hur länge studien pågick, att syftet och frågeställning tydlig framgick, storleken på studiens urval och bortfall, och vilken statistisk metod som användes (Friberg, 2017). Efter att ha läst igenom och klassificerat artiklarna en efter en, jämfördes alla artiklar mot varandra för att säkerställa att kvaliteten hade bedömts på ett konsekvent sätt. Utifrån granskningen framkom att 12 artiklar höll hög kvalitet, två artiklar höll medel kvalitet och en artikel höll låg kvalitet. De 12 studier som bedömdes vara av hög kvalitet var RCT-studier. Antalet deltagare i studierna var tillräckligt stort med ett begränsat bortfall som kunde ha minimal påverkan på resultatet. Flertalet av studierna pågick även under en längre tid vilket minskade risken för att resultatet inte skulle bli tillförlitligt. Gemensamt för alla 12 studier framgick syftet, frågeställningen och vald statistisk metod på ett tydligt sätt. Två av studierna bedömdes vara av medel kvalitet med motivering att studierna var av typen pilotstudie och en icke-kontrollerad studie (P). Den ena studien hade förhållandevis stort bortfall i relation till urvalet och den andra hade ett litet urval. De statistiska metoderna framgick inte lika

tydligt som hos de studierna med hög kvalitet, dock var syftet och frågeställningarna tydligt formulerade för dessa två studier. En studie bedömdes ha låg kvalitet då antalet deltagare i urvalet var litet och bortfallet var 50 procent. Studietypen var en pilotstudie, en icke-kontrollerad studie (P), utan kontrollgrupp.

Dataanalys

Den integrerade analysen har skett i enlighet med Fribergs (2017) beskrivning av att analysera materialet i en litteraturoversikt. För att öka förståelsen av det valda materialet lästes artiklarna ett flertal gånger av båda författarna för att få ett helhetsperspektiv över innehållet. Därefter delades artiklarna upp mellan författarna som sammanfattade och översatte allt väsentligt innehåll. Författarna läste varandras översättningar och diskuterade artiklarnas innehåll med varandra för att försäkra sig om att förståelsen för innehållet inte gick att misstas. Efter detta fördes informationen över i en matris för att göras lättöverskådligt. Matrisen är tagen från Sophiahemmets Högskola och är ett modifierat bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet för studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats. Artikelmatrisen är modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) och bifogas som bilaga B i denna studie. I matrisen redovisas de 15 artiklar som utgjorde resultatet till denna studie.

Författarna gick tillsammans igenom varje artikel och kopierade över alla meningsenheter från artiklarnas resultat som svarade på denna studies syfte i ett separat dokument, tillsammans med referensen. Detta för att förutsättningslöst lyfta allt som var av värde för att kunna besvara studiens syfte. Därefter kodades meningsenheterna efter innehåll och färgmarkerades för att kunna ge en överblick över innehållet. Det innehåll som reducerades fram av kodningen var vilka interventioner som patientutbildning, motiverande samtal, stödjande samtalssessioner och gruppsamtal som sjuksköterskan använt sig av i studien. Vidare identifierades även vilka effekter dessa resulterade i för patienterna. Under denna process framkom tre kategorier med utgångspunkt i effekterna av de olika interventionerna. Kategorier valdes då man kan förstå en kategori som en samling av likartade data som gör att författaren kan beskriva karaktärsdragen av kategorin (Friberg, 2017). De kategorierna som framkom var påverkan på egenvård, påverkan på fysisk hälsa och påverkan på psykisk hälsa. Under dessa kategorier slogs resultat med samma innebörd från de olika artiklarna ihop för att visa på en ny helhet i resultatet. Detta för att forma en röd tråd i texten och ge läsaren en bättre överblick av resultatets sammanvägda innehåll. De likheter och skillnader som framkom i studiernas resultat identifierades i enlighet med Friberg (2017). De resultat som beskrev samma sak slogs ihop i samma mening med samtliga referenser. De olika interventionerna återkom under varje kategori.

Forskningsetiska överväganden

Forskaren har ett etiskt ansvar gentemot den forskning denne bedriver (Helgesson, 2015). Detta för att de resultat som kommer fram i allra högsta grad kan påverka människors liv genom att påverka arbetssättet inom vården.

Helgesson skiljer på interna och externa forskningsetiska aspekter där de interna aspekterna rör frågor som hur forskningen bör gå till samt hur forskarna bör agera gentemot varandra (2015). Detta för att resultaten i en studie ska kunna vara tillförlitliga och visa på att ett forskningsresultat inte blir missvisande. Det är viktigt att hantera

varandras material etiskt vilket betyder att man inte plagierar, stjälar data eller omvandlar resultat godtyckligt för att det bättre passar ens egna motiv.

Externa forskningsetiska aspekter rör hur forskningen bör påverka samhället (Helgesson 2015). I denna studie har de interna aspekterna av att bedriva etisk forskning övervägts. Dessa aspekter behandlar exempelvis vad som är etiskt berättigat att bedriva forskning om samt om forskningen kan göra mer skada än nytta. Här är det viktigt att motivera studien och den forskning som bedrivs med ett tydligt syfte och att vara trogen de resultat som verkligen hittats, även om de strider mot de resultat forskaren från början trott eller önskat att hitta. Viktigt är här att noggrant välja ut det material som inkluderas i studien så att studier som kan bidra till ett annorlunda slutresultat än det önskade inte utesluts. Det är viktigt att vara tydlig i vilka avgränsningar som görs och varför de görs vid insamlingen av materialet, formuleringen av frågeställningen och analysen av datan sker. Det gäller att kompetens i genomförandet visas och att ingen fabricering, förvanskning eller manipulation av några resultat sker då det räknas som rent forskningsfusket vilket i förlängningen kan ge stora skador på samhället och i människors liv. Forskningen ska därför bedrivas så objektivt som möjligt. För att göra detta behövs ett objektivt synsätt där öppenhet för omprövningar och kritik finns (Helgesson, 2015). För att försäkra att denna studie bedrivits på etisk grund har artiklar som genomgått en etisk granskning inkluderats i resultatet.

RESULTAT

Syftet med studien var att beskriva hur utbildning och samtal kan lindra lidandet hos personer med hjärtsvikt. Resultatet inhämtades från totalt 15 artiklar. I analysen av artiklarna framkom tre olika interventioner som sjuksköterskeledd patientutbildning, motiverande samtal och stödjande samtalsessioner. Dessa interventioner har sammanställts och presenteras nedan i olika kategorier hur de har en påverkan på egenvård, fysisk- och psykisk hälsa.

Påverkan på egenvård

Sjuksköterskeledd evidensbaserad hjärtsviktsutbildning hade en betydande inverkan som ledde till en förbättring av egenvården vid hjärtsvikt (MacInnes & Walton, 2016; Köberich, Lohrmann, Mittag & Dassen, 2015; Baptiste et al., 2016; Srisuk, Cameron, Ski & Thompson, 2016). Patienterna upplevde att gruppmöten i utbildningssyfte var mycket hjälpsamma. Interventionen visade på förbättringar avseende kunskap i egenvård av hjärtsvikt, färdighet av egenvårdsbeteende i hemmet och hantering av hjärtsvikt. Vid uppföljningen efter sex månader, fanns det en signifikant förbättring hos interventionsgruppen som kände igen symtom vid försämrad hjärtsvikt och meddelade sin vårdgivare om detta. Den förbättrade egenvården resulterade i minskat saltintag och ökad följsamhet till medicinföreskrivning och träning. Sammanfattningsvis, en bättre egenvård av hjärtsvikt var associerad med reducerad återinskrivning på sjukhus (Smith et al., 2015). Egenvårdsbeteende och hjärtspecifik livskvalitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt förbättrades på kort sikt hos personer som fick genomgå ett sex veckor långt sjuksköterskelett självhanteringsprogram för hjärtsvikt. Däremot visade studien inte på några långsiktiga resultat avseende egenvårdsbeteende och hjärtspecifik livskvalitet hos patienterna (Smeulders et al., 2010). För att undersöka effekten av personcentrerad hjärtsviktsutbildning på egenvård undersökte en studie hur patientens egna frågor inför

utbildningstillfället gav effekt på utbildningens kvalitet. Det fanns ingen signifikant skillnad i tillfredsställelse med utbildningen mellan kontrollgruppen och interventionsgruppen som fick skriva ner sina frågor och funderingar innan de blev adresserade. Interventionsgruppen kände emellertid starkare att informationen de fick var relaterad till deras personliga situation. Patienternas behov av inläring före utbildning kategoriserades som; orsaker och betydelse av sjukdom, kontroll och hantering av sjukdomen, påverkan på det dagliga livet och framtida hälsa. Att be patienter med hjärtsvikt att skriva ner sina inlärningsbehov innan utbildning ökade deras möjlighet att få personcentrerad utbildning vilket gav en förbättrad egenvård (Ross, Ohlsson, Blomberg & Gustafsson, 2015).

Motiverande samtal ledde till en signifikant och kliniskt betydande förbättring i egenvården av hjärtsvikt (Masterson Crebera et al., 2015). Förbättrad egenvård kan resultera i starkare psykisk och fysisk hälsa för patienter med hjärtsvikt (MacInnes & Walton, 2016). Det leder också till bättre självförtroende (Srisuk, Cameron, Ski & Thompson, 2016).

Påverkan på fysisk hälsa

En strukturerad sjuksköterskeledd patientutbildning och vårdplan resulterade i signifikant förbättrat resultat avseende Body Mass Index, midjemått, promenadtest på sex minuter, kolesterolnivå, låg densitet av lipoprotein, volym i vänstra hjärtkammaren och följaktligen livskvalitet (Andryukhin, Frolova, Vaes & Degryse, 2010). Patienter uppvisade förändringar i sömnmönster, bibehållen vikt och vätskeretention samt ett ökat välmående till följd av motion. En sjuksköterskeledd utbildning ledde till förbättrad egenvård som resulterade i starkare fysisk hälsa för patienter med hjärtsvikt (MacInnes & Walton, 2016). Sjuksköterskeledd utbildning i form av gruppmöten med interaktiva strategier och skriftligt material gav en förbättrad fysisk hälsa. Vid 12-månaders uppföljning, angav ett signifikant större antal patienter i interventionsgruppen att de följde checklistan för att monitorera sin dagliga vikt (Smith et al., 2015). Ett stöttande och pedagogiskt utbildningsprogram leder till högre hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med hjärtsvikt (Srisuk, Cameron, Ski & Thompson, 2016; Wang, Huang, Ho & Chiou, 2016). Detta för att det lindrar bland annat fatigue (Wang, Huang, Ho & Chiou, 2016). Livskvaliteten ökade hos patienter som fick ett flertal utbildningssamtal i hemmet efter det vanliga utskrivningssamtalet (Mehralian, Salehi, Moghaddasi, Amiri & Rafiei, 2014). Sjukvårdsutbildning hade en betydande inverkan på egenvården vid hjärtsvikt men inte på livskvalitet och vårdberoende. En enda utbildningssession med en efterföljande telefonuppföljning förbättrade den övergripande egenvården men inte livskvaliteten. Vårdberoende var inte påverkat av utbildningssessionen (Köberich, Lohrmann, Mittag & Dassen, 2015). Utbildning i självhantering av hjärtsvikt påverkade inte andra hälsoproblem som till exempel rökning eller alkoholintag, eller utnyttjande av vård (Smeulders et al., 2010).

Påverkan på psykisk hälsa

En strukturerad sjuksköterskeledd patientutbildning och vårdplan resulterade i signifikant förbättrat resultat avseende livskvalitet och nivå av ångest (Andryukhin, Frolova, Vaes & Degryse, 2010). Förbättrad egenvård, som blir följden av utbildningen, kan resultera i starkare psykisk hälsa för patienter med hjärtsvikt (MacInnes & Walton, 2016). Det ledde även till bättre självförtroende. Resultaten visade även att patienterna hade en högre känsla

av kontroll efter tre månader (Srisuk, Cameron, Ski & Thompson, 2016). Livskvaliteten ökade hos patienter som fick ett flertal utbildningssamtal i hemmet efter det vanliga utskrivningssamtalet då uppföljning ger en större trygghet (Mehralian, Salehi, Moghaddasi, Amiri & Rafiei, 2014). Jämfört med kontrollgruppen uppvisade interventionsgruppen en signifikant större förbättring i livskvalitet efter att ha deltagit i ett 12 veckor långt stödande och pedagogiskt omvårdnadsprogram i utbildningssyfte. Studien rekommenderade detta program för att lindra fatigue och öka livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt (Wang, Huang, Ho & Chiou, 2016). Utbildningsprogrammet för bättre självhantering av hjärtsvikt förbättrade den kognitiva symtomhanteringen, psykosociala egenskaper och hjärtspecifik livskvalitet på kort sikt. Däremot visade studien inte på några långsiktiga effekter. Resultatet påverkade inte patientens uppfattade kontroll, autonomi och symptom på ångest eller känslor av depression (Smeulders et al., 2010). En studie visade att patienter som följde en utbildningsmanual kände en högre grad av depression, vilket kan vara ett resultat av att patienter med mycket information tenderar att oroa sig mer (Cockayne, Pattenden, Worthy, Richardson & Lewin, 2014).

Samtalssessioner med målsättning att ge patienten copingstrategier för att känna mer kontroll över sin sjukdom, planera aktiviteter som inte styrs av sjukdomen samt att ändra på livsstilsrelaterade faktorer som påverkar sjukdomen gav begränsad effekt. Det visade sig dock att patientens poäng på de känslomässiga punkterna i ett självskattningsformulär gjort för personer som lever med hjärtsvikt, *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*, hade förbättrats. Patienten använde också mer aktiva copingstrategier efter sessionerna. Patienten själv rapporterade en förbättring av upplevd ensamhet, depression och sömnproblematik. Den konsulterande sjuksköterskan som var involverad i patientens vård rapporterade en förbättring av dennes ångest. Patienten uppgav att han kände att ingripandet hade hjälpt honom att börja hantera sin hjärtsvikt (Sykes & Simpson, 2011). Livskvaliteten ökade också då nivån av ångest sänktes (Andryukhin, Frolova, Vaes & Degryse, 2010). Psykosociala stödprogram för patienter med kronisk hjärtsvikt, som *Coping Effectiveness Training* och integrerad partnervård med inriktning på kompetensutveckling, problemlösning och psykosocialt stöd visade sig vara effektivt för att förstärka patienternas känsla av kontroll över sjukdomen på kort sikt (Nahlén Bose et al., 2016; Ågren, Evangelista, Hjelm & Strömberg 2012).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Denna studie visade att patienter som deltog i sjuksköterskeledd utbildning, stödgrupper, coachningssamtal, motiverande samtal och psykosociala interventioner såsom samtalssessioner, påverkade förmågan till egenvård, fick en förbättrad fysisk och psykisk hälsa samt en ökad livskvalitet och ett reducerat lidande.

Huvudfynden som återfanns i resultatet var att utbildning hjälper patienter med hjärtsvikt att hantera sin sjukdom i vardagen genom förbättrad egenvård. Tillsammans med motiverande samtal och stöd leder det till en förbättring av både fysisk och psykisk hälsa. En viktig aspekt av fungerande stöd var uppföljning då flera studier visade att stöd och samtal över tid gav bättre resultat då patienterna kontinuerligt fick sina frågor besvarade och kunde anpassa sin vård efter sjukdomsförloppet. Detta gav en känsla av mer kontroll (Srisuk et al., 2016). Att kontinuerligt svara på patienternas frågor förutsätter både att det

finns tid och personal samt ett personcentrerat förhållningssätt. Det största hotet mot att bedriva personcentrering inom hälso- och sjukvård är hög arbetsbelastning, överbeläggningar och hög personalomsättning, vilket är verkligheten för många av landets sjukhus. Vid extrema belastningar för sjukvårdspersonalen riskerar patienten att bli en passiv mottagare istället för att vara en del av teamet (Ekman, 2014).

Studiens resultat visar att sjuksköterskan på flera olika sätt kan öka livskvaliteten och minska lidandet hos hjärtsviktpatienter och att samtliga av studiernas resultat är kliniskt tillämpbara. Dock är vi medvetna om att det skulle innebära stora krav på utökade resurser då flera omvårdnadshandlingar i form av utbildning och samtal är tidskrävande, behöver mycket planering, dokumentering och tid för uppföljning. En konsekvens av resursbrist har under de senaste åren tvingat svenska sjukhus att gå in i stabsläge vid tillfällena då det varit akut personalbrist eller överbeläggningar (Sveriges Riksdag, 2017).

Sjuksköterskeledd utbildning hade en påverkan på egenvården som signifikant förbättrades hos patienter med hjärtsvikt (MacInnes & Walton, 2016; Köberich et al, 2015; Baptiste et al., 2016; Srisuk et al., 2016; Smith et al, 2015). Även motiverande samtal gav effekt på förbättrad egenvård (Masterson Crebera et al, 2015). En god egenvård hjälper patienten att hantera sin sjukdom och få mer kontroll över sin livssituation vilket minskar livslidandet enligt Katie Eriksson (2018). Den förbättrade egenvården gjorde att återinskrivningen på sjukhus minskade (Smith et al., 2015) vilket gör att en av de största faktorerna som påverkar livskvaliteten för hjärtsviktpatienter kan förbättras. Att behöva bli inlagd på sjukhus påverkar livet och livskvaliteten mycket vilket är ett av de problemen hjärtsviktpatienter upplever (Quittan et al., 2001). Genom att reducera antalet återinskrivningar och hur mycket sjukdomen påverkar det dagliga livet kan en högre nivå av livskvalitet uppnås vilket ger ett reducerat lidande. En god egenvård leder också till att sjukdomslidandet minskar då detta lidande består i de besvär sjukdomen ger upphov till (Eriksson, 2018). Genom att patienten är vaksam på exempelvis förvärrade symtom och rapporterar dessa till sjukvårdspersonalen kan de besvär symtomen ger lindras i tid, vilket gör att påverkan blir mindre och sjukdomslidandet reduceras.

En studie visade dock inte på några långsiktiga resultat avseende egenvårdsbeteende och hjärtspecifik livskvalitet hos patienterna (Smeulders et al., 2010). Sjukvården för kroniskt sjuka i Nederländerna är lättillgänglig och anses bra, vilket kan vara en förklaring till att skillnaden mellan interventionen i studien och standardvården skiljde sig lite. Interventionen kan även ha varit för kort för att uppnå långsiktiga beteendemässiga förändringar. Ytterligare en faktor kan ha att göra med att samtliga inkluderade patienter med kronisk hjärtsvikt i denna studie hade begränsningar till fysisk aktivitet (Smeulders et al., 2010). Då hjärtsvikt kan leda till rörelserädsla, minskad aktivitet i dagliga livet och nedsatt kondition är fysisk träning inom hjärtrehabilitering en behandlingsform som i dag är underutnyttjad vid hjärtsvikt och bör komma fler patienter till del (Socialstyrelsen, 2015). Vikten av samtal, personcentrering och utbildning i kombination med fysisk aktivitet skulle kunna ge ett bättre långsiktigt resultat. Kombinationen av uthållighetsträning och motståndsträning har positiva effekter på fysisk kapacitet hos äldre patienter med kronisk hjärtsvikt (Pihl, Cider, Strömberg, Fridlund & Mårtensson, 2011). Dock förväntas en mindre andel patienter med hjärtsvikt kunna genomföra fysisk träning, bland annat för att många har andra samtidigt kroniska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2015).

Den psykiska hälsan förbättrades av både utbildning och stöttande samtal då känslan av kontroll över situationen gav mindre ångest och depression hos patienterna (Andryukhin et al., 2010; Srisuket al., 2016). Minskad ångest och depression reducerar också det ifrågasättande som personer som drabbas av allvarlig sjukdom gör (Fredriksson & Eriksson, 2001). Med hjälp av utbildning och stödjande samtal kan detta lidande övervinnas. När patienten får sätta egna ord på sitt lidande kan de ge det mening och därmed acceptans vilket är ett sätt att lindra det livslidande som oro och ångest ger (Fredriksson & Eriksson, 2001). Samtalssessioner omnämnda i denna studies resultat har visat sig hjälpa personer med hjärtsvikt till bättre psykisk hälsa genom att utveckla egna copingstrategier för att hantera sin nya livssituation (Sykes & Simpson, 2011).

Ett personcentrerat förhållningssätt hjälper sjuksköterskan att hitta rätt strategier för den individuella patienten vilket stärker dennes hälsa och lindrar lidandet (Tingström, 2012). Är sjuksköterskan lyhörd och tar reda på vad varje enskild patient behöver för hjälp och stöd kan ett förtroende och en trygghet byggas upp mellan sjuksköterska och patient och copingstrategier som passar individen kan utarbetas. Om sjuksköterskan inte besitter kompetens nog eller helt enkelt missar att hjälpa patienten uppkommer det som Eriksson (1994) benämner som vårdlidande genom utebliven vård.

I flertalet av genomförda studier har sjuksköterskorna varit specialiserade inom kardiologi vilket gör att trovärdigheten av vårt resultat ökar. I sjuksköterskans professionella ansvar ingår att lindra lidandet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) hos patienter. Hjärtsvikt är en kronisk och progressiv sjukdom som påverkar patienter både fysiskt och psykiskt. Hur sjuksköterskan kan lindra lidandet hos en hjärtsviktpatient har vi fått svar på i denna studie. Trots detta framgår också tydligt att det inte alltid är fullt genomförbart att lindra det totala lidandet hos hjärtsviktpatienterna.

Metoddiskussion

För att få en så bred översikt som möjligt av kunskapsläget användes en litteraturoversikt som metod till denna studie (Polit & Beck, 2017). Om vi istället hade valt en kvalitativ intervjustudie hade vi kunnat fokusera på antingen patienters upplevelse av exempelvis sjuksköterskeledd utbildning eller sjuksköterskans upplevelse av hur patienter förbättrar sin egenvård efter utbildning. Detta hade gett oss en djupare insikt i upplevelsen av en sådan intervention (Polit & Beck, 2017). En av anledningarna till att en bred översikt är möjligt i en litteraturoversikt är då användningen av material med både kvalitativa och kvantitativa metodansatser finns vid tillämpningen av en litteraturoversikt. Ytterligare en fördel är att en litteraturoversikt möjliggör ett globalt perspektiv (Friberg, 2017).

Det material som inkluderades till denna studie hade skrivits av olika författare i sju olika länder och tre världsdelar men ändå kommit fram till liknande resultat. Detta ökar reliabiliteten för resultatet som tagits fram. Reliabiliteten i en studie visar på vilken tillförlitlighet forskaren kan ha till resultatet. Det vill säga att resultatet som framkommit är tillförlitligt och konsekvent, att det går att återskapa vid ett senare tillfälle med samma mätmetod och därför inte beror av slumpen. En studie med hög reliabilitet ska gå att reproducera så att mätningen får samma resultat vid olika tillfällen. Den ska vara tillförlitlig, det vill säga att resultatet inte får bero av slumpen. Den ska också kunna

precisera de variabler som mäts så att gradskillnader kan ses. Detta ger en större säkerhet gällande vad som faktiskt mäts (Forsberg & Wengström, 2016).

För att säkerställa att resultaten i de framtagna artiklarna besvarat studiens syfte valdes sökorden noga ut inför varje sökning. Detta steg fick ta tid och flera olika versioner prövades innan de slutliga sökorden hittades. Speciell handledning av Sophiahemmets bibliotekariéer gjordes för att få ett så helhetstäckande och inkluderande sökfält som möjligt utifrån studiens syfte. Sökningarna är gjorda i flera omvårdnadsfokuserade databaser som CINAHL och PubMed vilket stärker studiens validitet (Henricson, 2017). Att en studie har god validitet betyder att resultatet av det man studerar är träffsäkert för studiens syfte och verkligen visar det som intentionen varit att mäta. Detta är väldigt viktigt för att de resultat som framkommer ska kunna användas i vidare forskning eller i den kliniska verksamheten (Forsberg & Wengström 2016). Många av de artiklar som framkom vid sökningarna och som även senare inkluderades i resultatet dök upp vid olika sökningar och i olika databaser. Detta tyder på att valet av sökord är gemensamt och relevant vilket visar på sökordens sensibilitet och träffsäkerhet vilket stärker studiens trovärdighet (Henricson, 2017). För att förankra relevansen i studien och inkludera den senaste forskningen valdes enbart artiklar från studier gjorda de senaste tio åren (Polit & Beck, 2017).

Språkliga barriärer är alltid en risk vid litteraturöversikter. Även om båda författarna till denna studie har goda kunskaper i engelska så är det engelska språket inte modersmålet. Detta kan innebära en risk att materialet feltolkas då essensen av en text kan gå förlorad i översättningen då ord kan vara svåra att översätta (Henricson, 2017). För att minimera denna risk lade författarna mycket tid på att översätta texten till resultatet. Lexikon användes och författarna läste varandras översättningar samt jämförde med texten på originalspråk för att säkerställa att feltolkningar minimerades.

För att en litteraturöversikt ska vara trovärdig krävs att ett tillräckligt stort antal artiklar av god kvalitet inkluderas i studien (Friberg, 2017). För att öka trovärdigheten i de valda artiklarnas kvalitet utfördes en kvalitetsgranskning enligt det modifierade bedömningsunderlaget för vetenskaplig klassificering och kvalitet av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) som tagits fram i av Sophiahemmets Högskola. Detta ökar transparensen i hur detta steg genomförts. Kvalitetsgranskningen genomfördes först av en av författarna för att få samma granskning av alla artiklar. Därefter gick granskningen igenom av den andre författaren för att se om någon skillnad i bedömning upptäcktes. Detta för att ge en starkare reliabilitet till granskningen än om artiklarna hade delats upp mellan författarna (Henricson, 2017). Femton artiklar valdes ifrån två olika databaser varav 12 höll en hög kvalitet vilket utgjorde en majoritet av resultatet. En artikel hade dock låg kvalitet på grund av att det var en pilotstudie med få deltagare med ett stort bortfall. Endast fem deltagare fullgjorde studien vilket kan tyckas lite. Anledningen till att denna studie ändå togs med var att den visade på en positiv effekt för de studiepersoner som fullföljde studien när det kom till att utveckla copingstrategier för att hantera sin hjärtsvikt. Detta resultat gick i linje med de studier som hade en hög kvalitet och bedömdes därför av författarna som relevant.

Syftet med studien var att beskriva hur utbildning och samtal kan lindra lidandet hos personer med hjärtsvikt. Detta syfte besvarades av de artiklar som utgjorde resultatet då de visade på olika interventioner som utbildning och samtal som sjuksköterskan kan

genomföra och som påverkade egenvård, fysisk och psykisk hälsa. När dessa faktorer påverkas positivt diskuterades detta mot bakgrunden av vad som lindrar lidande.

Under färdigställandet av uppsatsen har arbetet utsatts för granskning av innehållet och förbättringsförslag av både handledare och andra studenter. Detta har stärkt validiteten för arbetets kvalitet och trovärdighet (Henricson, 2017). Däremot går det inte att utesluta att författarnas egen förståelse och tolkning av texten har påverkat analysen och vidare även resultatet av denna studie (Polit & Beck, 2017).

De studier som inkluderades i resultatet hade genomgått en godkänd etisk granskning. Detta för att minimera förekomsten av forskningsfusks genom att objektiva synsätt med öppenhet för omprövningar och kritik funnits och legat som grund för den bedrivna forskningen (Helgesson, 2015).

Resultatet av denna studie visade på likartade resultat oavsett i vilket land studien gjordes eller av vilken författare. Detta tyder på en viss grad av generaliserbarhet. Generalisering kan göras när en studies resultat är giltigt även utanför den egna studiens gränser. Det betyder att den inhämtade kunskapen är giltig för alla situationer, i alla tider och för alla människor (Priebe & Landström, 2017). Dock bör detta ske med stor försiktighet då risken föreligger att författarna till denna studie har gjort ett selektivt urval och valt att inkludera forskning som stödjer den egna ståndpunkten (Friberg, 2017). Dock har detta i största möjliga mån undvikits genom att artiklarna till resultatet granskades av en tredje part, i detta fall handledare och andra studenter.

Slutsats

I denna studie har författarna genomfört en litteraturoversikt med syftet att beskriva hur utbildning och samtal kan lindra lidandet hos personer med hjärtsvikt. Patienter som deltog i sjuksköterskeledd utbildning, stödgrupper och motiverande samtal utvecklade en bättre egenvård vilket ledde till bättre fysisk och psykisk hälsa samt ökad livskvalitet vilket reducerade lidandet. Detta arbete tillför viktig kunskap om sjuksköterskans professionella ansvar att lindra lidandet vid hjärtsvikt. För att sjuksköterskan ska vara framgångsrik i sin roll, där utbildning och patientsamtal är centralt för patienter med hjärtsvikt, krävs det tid och resurser. Detta kan bli en utmaning för landets sjukhus som gemensamt har överbeläggningar och personalbrist.

Fortsatta studier

Vidare forskning är nödvändigt för att studera hur långsiktiga effekter av program för hjärtsvikt kan uppnås och hur det kan integreras i standardvården på bästa sätt. Ytterligare, vore det intressant att undersöka hur program för hjärtsvikt kan integreras på ett kostnadseffektivt sätt i svensk sjukvård där olika begränsningar råder.

Klinisk tillämpbarhet

Friberg (2017) skriver att analys och sammanställning av litteratur kan resultera i vidare rekommendationer och åtgärder som skulle kunna leda till evidensbaserad omvårdnad.

Denna studie kan ligga till grund för sjuksköterskans arbete med att lindra lidande för personer med hjärtsvikt. Personer som lever med hjärtsvikt behöver stöd och utbildning för

att hantera både sitt fysiska och psykiska välbefinnande. Denna studie bidrar till att öka förståelsen för hur olika stödformer, som stöttande och motiverande samtal, och utbildningsinterventioner ledda av sjuksköterskor hjälper personen att känna kontroll över sin sjukdom och uppleva livskvalitet. Den aktuella kunskapen har sammanställts i detta arbete och ger en bild över hur de olika interventionerna påverkar faktorer som lindrar lidande.

REFERENSER

*Andryukhin, A., Frolova, E., Vaes, B., & Degryse, J. (2010). The impact of a nurse-led care programme on events and physical and psychosocial parameters in patients with heart failure with preserved ejection fraction: A randomized clinical trial in primary care in Russia. *European Journal Of General Practice*, 16(4), 205-214.

doi:10.3109/13814788.2010.527938

Arman, M. (2017). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. uppl., ss. 213-224). Lund: Studentlitteratur.

*Baptiste, D., Davidson, P., Groff Paris, L., Becker, K., Magloire, T., & Taylor, L. A. (2016). Feasibility study of a nurse-led heart failure education program. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 52(4), 499-510.

doi:10.1080/10376178.2016.1229577

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Borglin, G. (2017). Mixad metod - en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 233-250). Lund: Studentlitteratur.

Boyde, M., Peters, R., Hwang, R., Korczyk, D., Ha, T., & New, N. (2017). The Self-care Educational Intervention for Patients With Heart Failure. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 32(2), 165-170. doi:10.1097/JCN.0000000000000318

Brodie, D., Inoue, A., & Shaw, D. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(4), 489-500. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.11.009

*Cockayne, S., Pattenden, J., Worthy, G., Richardson, G., & Lewin, R. (2014). Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 51(9), 1207-1213. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.01.010

Coen, J., & Curry, K. (2016). Improving Heart Failure Outcomes. *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(4), 335-344. doi:10.1097/CNQ.0000000000000127

Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D.-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad del 1* (2. uppl., ss. 207-243). Stockholm: Liber.

Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.

Eldh, A., 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. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.06.002

- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad, behandling* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet - det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.
- Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: Att utvecklas och ta ansvar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- Fredericks, S., Beanlands, H., Spalding, K., & Da Silva, M. (2010). Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: a systematic review. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 30-37. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.08.002
- Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2001). The patient's narrative of suffering: a path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(1), 3-11. doi:10.1046/j.1471-6712.2001.1510003.x
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Hagerman, I. (2014). Läkemedelsbehandling. I G. Wikström (Red.), *Hjärtsvikt* (ss. 117-137). Lund: Studentlitteratur.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 411-420). Lund: Studentlitteratur.
- Hwang, S. L., Liao, W. C., & Huang, T. Y. (2014). Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(4), 290-298. doi:10.1111/jjns.12034
- International Council of Nurses. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev. Utg.). Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H., Dracup, K., & Diederiks, J. (2000). Issues in cardiac care. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*, 29(5), 319-330. doi:10.1067/mhl.2000.108323

- *Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O., & Dassen, T. (2015). Effects of a hospital- based education programme on self- care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1643-1655. doi:10.1111/jocn.127
- *MacInnes, J., & Walton, A. (2016). Self-care and improved outcomes: an intervention by heart failure nurse specialists. *British Journal Of Cardiac Nursing*, 11(2), 82-88. doi:10.12968/bjca.2016.11.2.82
- *Masterson Creber, R., Patey, M., Lee, C. S., Kuan, A., Jurgens, C., & Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Education & Counseling*, 99(2), 256-264. doi:10.1016/j.pec.2015.08.031
- *Mehralian, H., Salehi, S., Moghaddasi, J., Amiri, M., & Rafiei H. (2014). The comparison of the effects of education provided by nurses on the quality of life in patients with congestive heart failure (CHF) in usual and home-visit cares in Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 256-260. doi: 0.5539/gjhs.v6n3p256
- *Nahlén Bose, C., Persson, H., Björling, G., Ljunggren, G., Elfström, M. L., & Saboonchi, F. (2016). Evaluation of a Coping Effectiveness Training intervention in patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 537-548. doi:10.1177/1474515115625033
- Nordman, T., Santavirta, N., & Eriksson, K. (2008). Developing an instrument to evaluate suffering related to care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(4), 608-615. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00581.x
- Persson, H., & Wikström, G. (2014). Fysisk träning och nutrition vid hjärtsvikt. I G. Wikström (Red.), *Hjärtsvikt* (ss. 177-186). Lund: Studentlitteratur.
- Pihl, E., Cider, Å., Strömberg, A., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: Effects on physical capacity and health-related quality of life. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 150-158. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.03.002
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 25-42). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quittan, M., Wiesinger, G. F., Crevenna, R., Nuhr, M. J., Posch, M., Hülsmann, M., ... & Fialka-Moser, V. (2001). Cross-cultural adaptation of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire for German-speaking patients. *Journal of rehabilitation medicine*, 33(4), 182-186. doi:10.1080/16501970121386

Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(3), 264-72. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00281.x

Riegel, B., Dickson, V. V., Garcia, L. E., Masterson Creber, R., & Streur, M. (2017). Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention. *Patient Education & Counseling*, 100(2), 283-288. doi:10.1016/j.pec.2016.08.03

*Ross, A., Ohlsson, U., Blomberg, K., & Gustafsson, M. (2015). Evaluation of an intervention to individualise 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

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.

Simões Da Silva Lessa, Q. C., de Meneses Frossard, J., Silva dos Santos, F. A., de Carvalho Queluci, G., da Silva Correia, D. M., & Dantas Cavalcanti, A. C. (2016). Nursing actions for patients with heart failure: An integrative review. *Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 8(2), 4587-4600. doi:10.9789/2175-5361.2016.v8i2

Small, N., Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D., & Gariballa, S. (2009). Dying, death and bereavement: A qualitative study of the views of carers of people with heart failure in the UK. *BMC Palliative Care*, 8(1), 6-16. doi:10.1186/1472-684X-8-6

*Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., & ... Kempen, G. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: Randomized controlled trial. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(7), 1487-1499. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05318.x

*Smith, C. E., Piamjariyakul, U., Dalton, K. M., Russell, C., Wick, J., & Ellerbeck, E. F. (2015). Nurse-Led Multidisciplinary Heart Failure Group Clinic Appointments. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 30(4 Suppl 1), 25-34. doi:10.1097/JCN.0000000000000255

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf>

*Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C. F., & Thompson, D. R. (2017). Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *Journal Of Advanced Nursing*, 73(4), 857-870. doi:10.1111/jan.13192

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges Riksdag. (2017). *Konsekvenser av resursbrist bör ses över*. Hämtad från <http://www.riksdagen.se/sv/aktuellt/2017/apr/6/konsekvenser-av-resursbrist-bor-ses-over/>

*Sykes, C., & Simpson, S. (2011). Managing the psychosocial aspects of heart failure: A case study. *British Journal Of Nursing*, 20(5), 272-279. doi:10.12968/bjon.2011.20.5.272

Tingström, P. (2012). Informations- och utbildningsstöd vid rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdom. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (2. uppl., ss. 371-392). Lund: Studentlitteratur.

van der Wal, M. L., Strömberg, A., Veldhuisen, D. J., & Jaarsma, T. (2016). Heart failure patients' future expectations and their association with disease severity, quality of life, depressive symptoms and clinical outcomes. *International Journal Of Clinical Practice*, 70(6), 469-476. doi:10.1111/ijcp.12802

*Wang, T., Huang, J., Ho, W., & Chiou, A. (2016). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 15(2), 157-167. doi: 10.1177/1474515115618567

While, A., & Kiek, F. (2009). Chronic heart failure: Promoting quality of life. *British Journal Of Community Nursing*, 14(2), 54-59. doi: 10.12968/bjcn.2009.14.2.38760

Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande – en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., ss. 269-295). Lund: Studentlitteratur.

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

World Health Organization. (2018). *Health statistics and information systems: WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Hämtad från <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Yamokoski, L. M., Hasselblad, V., Moser, D. K., Binanay, C., Conway, G. A., Glotzer, J. M., ... & Leier, C. V. (2007). Prediction of rehospitalization and death in severe heart failure by physicians and nurses of the ESCAPE trial. *Journal of cardiac failure*, 13(1), 8-13. doi: 10.1016/j.cardfail.2006.10.002

*Ågren, S., Evangelista, L., Hjelm, C., & Strömberg, A. (2012). Dyads affected by chronic heart failure: A randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. *Journal Of Cardiac Failure*, 18(5), 359-366. doi:10.1016/j.cardfail.2012.01.014

* utgör resultatartiklar

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinerad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvaliteten är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Tabell 2. Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Andryukhin, A., Frolova, E., Vaes, B., & Degryse, J. 2010 Ryssland	The impact of a nurse-led care programme on even ts and physical and psychosocial parameters in patients with heart failure with preserved ejection fraction: A randomized clinical trial in primary care in Russia	Syftet med studien är att uppskatta påverkan av en strukturerad sjuksköterskeledd patientutbildning och vårdplan vid ett allmänsjukhus för resultat och händelser hos patienter med <i>Heart failure with preserved ejection fraction</i> (HFPEF)	<u>Design:</u> RCT (Single blinded) <u>Urval:</u> Deltagarna i studien rekryterades från ett allmänsjukhus i St. Petersburgsregionen. Patienterna skulle vara 50 år eller äldre med en fastställd diagnos för hjärtsvikt enligt HFPEF. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in via interventionen genomförda över 6 månader och en uppföljning efter 12 månader. Studien genomfördes mellan september 2006 och augusti 2009 <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av STATISTICA 5.5 och resultaten jämfördes med Mann–Whitney U test eller Chi-square test.	100 (21)	Sex månader efter att ha blivit inkluderade i studien, visade patienterna i interventionsgruppen signifikant förbättrat resultat avseende BMI, midjemått, sexminuters promenadtest, kolesterolnivå, låg densitet av lipoprotein, volym i vänstra hjärtkammaren, livskvalité och nivå av ångest. Efter 18 månader var det 11 dödsfall (25%) eller sjukhusinläggningar i interventionsgruppen och 12 (29%) i kontrollgruppen. Dödligheten och antal återinskrivningar var inte signifikant reducerad efter 6 månaders uppföljning.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Baptiste, D., Davidson, P., Groff Paris, L., Becker, K., Magloire, T., & Taylor, L. A. 2016 Storbritannien	Feasibility study of a nurse-led heart failure education program	Syftet var att bedöma genomförbarheten av en sjuksköterskeledd hjärtviktsutbildning med hjälp av Self- Care Heart Failure Index (SCHFI).	<u>Design:</u> Longitud kvasi-experimentell studie <u>Urval:</u> Deltagarna rekryterades från ett sjukhus i Mid-Atlantic regionen i USA med diagnostiserad hjärtsvikt. Inkluderings-kriterierna för deltagande var: (1) vuxna patienter, ≥18 år; (2) utskrivna för hemgång efter sjukhusvistelse; (3) adekvat och orienterad utan dokumenterad förvirring eller vanföreställningar. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in med hjälp av enkäten Self-Care Heart Failure Index V6.2 (SCHFI). <u>Analys:</u> Dataanalys utfördes med hjälp av SPSS version 20. Deskriptiv statistik analyserades för att bidra med demografiska egenskaper och ett <i>t</i> -test för att avgöra skillnaderna före och efter interventionen.	41 (7)	En signifikant skillnad hittades i poängen för vidhållande och hantering av egenvård, men inte för patientens självförtroende i egenvård. Det fanns ingen statistisk signifikant skillnad avseende 30-dagars återinskrivning för hjärtsvikt. Resultaten tyder på att sjuksköterskeledd evidensbaserad hjärtviktsutbildning förbättrade beteenden för egenvård.	II P

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Cockayne, S., Pattenden, J., Worthy, G., Richardson, G., & Lewin, R. 2014 Storbritannien	Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers	Syftet med studien var att jämföra den kliniska effekten av <i>newly developed cognitive behavioural self-management manual</i> ledd av specialistsjuksköterska inom hjärtsvikt eller om samma resultat uppnås om patient följer samma program på egen hand gällande; åter-/inskrivning på sjukhus för olika anledningar inom 12 månader, patientens livskvalitet relaterat till hälsa, egenvård och omvårdares livskvalitet	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Deltagarna i studien var över 18 år och hade diagnostiserad hjärtsvikt <u>Datainsamling:</u> Data samlades in mellan augusti 2006 till november 2007. Deltagarna fick genomgå 6 sjuksköterskeledda utbildningstillfällen, där utvecklingen följdes upp efter 1-, 3-, och 6 veckor. Efter 3-, 6-, och 12 månader följ samlades data in. <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av SAS version 9.1, Chi-Square test, Minnesota Living with Heart Failure (MLHF), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), European self-care questionnaire och ANCOVA.	260 (71)	Studiens resultat visade små signifikanta skillnader av återinskrivning på sjukhus mellan de som fick sjuksköterskeledd handledning och kontrollgruppen som fick följa samma manual på egen hand. Det gick inte att urskilja någon skillnad i beteende avseende vägning, minskat vätskeintag eller kontakt med läkare. Utmaningen med studiens resultat var att kontrollgruppen fick tillgång till samma utbildningsmanual som interventionsgruppen vid studiens början. Även om sjuksköterskan var instruerad att inte hjälpa kontrollgruppen följa utbildningsmanualen, så var det oetiskt att inte svara på patientens frågor. I detta avseende går det inte att dra några slutsatser. Det enda signifikanta resultatet som hittades var att gruppen som följde utbildningsmanualen kände en högre grad av depression, vilket kan vara ett resultat av att patienter med information tenderar att oro sig mer.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Köberich, Lohrmann, Mittag, & Dassen, 2015 Tyskland	Effects of a hospital- based education programme on self- care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure—A randomised controlled trial.	Studiens syfte var att utvärdera effekterna av sjuksköterskeledd, sjukhusbaserad utbildning om hjärtsvikt med tre månaders telefonuppföljning om egenvårdsbeteende, vårdberoende och livskvalitet för patienter med kronisk hjärtsvikt.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Patienter som var inskrivna till en kardiologisk avdelning eller i en öppenvårds klinik för hjärtsjuka på ett universitetssjukhus screenades för deltaganden. Patienter med ≤40% hjärtsvikt enligt resultaten av ultraljudsundersökning av kranskärl (ej äldre än en månad) och som kunde klassificeras i funktionsklass II-IV i New York Heart Association (NYHA) ingick i urvalet. <u>Datainsamling:</u> Data insamlades mellan april 2011 och december 2013 på två universitetssjukhus i södra Tyskland <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av SPSS version 19.0	128 (18)	Sjukvårdsutbildning hade en betydande inverkan på egenvården vid hjärtsvikt men inte på livskvalitet och vårdberoende. En enda utbildningssession med en efterföljande telefonuppföljning förbättrar den övergripande egenvården men inte livskvaliteten. Vårdberoende var inte påverkad av utbildningssessionen.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
MacInnes, J., & Walton, A. 2016 Storbritannien	Self-care and improved outcomes: an intervention by heart failure nurse specialists.	Syftet med studien var att utvärdera huruvida en utbildningsinsats utförd av ett team av hjärtsviktsköterskor(HFNS), som en del av vanlig vård, förbättrad egenvård för patienter med kronisk hjärtsvikt	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Studiedeltagarna var patienter med ny diagnos för hjärtsvikt som rekryterades vid Kent Community Health NHS Trust, Heart Failure Nursing Service <u>Datainsamling:</u> Data insamlades över en tremånadersperiod under 2014 med LAYHFQ (Looking After Yourself with Heart Failure Questionnaire) <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av SPSS, version 20.0	53 (18)	Studien visade på statistiskt signifikanta förbättringar avseende egenvård. Patienter uppvisade förändringar i sömnmönster, bibehållen vikt och vätskeretention samt ett ökat välmående till följd av motion. Slutsats: En HFNS-ledd utbildning leder till förbättrad egenvård som kan resultera i starkare psykisk och fysisk hälsa för patienter med hjärtsvikt.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Masterson Crebera, R., Pateyb, M., Leec, C. S., Kuand, A., Jurgense, C. & Riegelf, B. 2015 USA	Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial	Syftet med studien var att testa effekten av ett skraddarsytt, motiverande samtal för hjärtsviktspatienter jämfört med vanlig vård för att förbättra beteende avseende egenvård, fysiska symtom och livskvalitet vid hjärtsvikt.	<u>Design:</u> RCT prospective, single blinded <u>Urval:</u> Inlagda patienter, >18 år, symtom för hjärtsvikt med primär eller sekundär diagnos, boendemiljö som tillåter egenvård och inom 48 km från Universitetssjukhuset, med tillräckligt god hälsokompetens. <u>Datainsamling:</u> Sociodemografiska variabler och enkätsvar samlades in cirka 2 veckor efter utskrivning från sjukhus. Efter cirka 90 dagar fick deltagarna fylla i svara på samma enkät. <u>Analys:</u> Egenvård mättes med hjälp av SCHFI. Akuta fysiska hjärtsviktssymtom mättes med Heart Failure Somatic Perception Scale (HFSPS). Livskvaliteten mättes med Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). Chi-square och student's <i>t</i> -tests. Effektanalysen utfördes med användning av G* Power och bekräftades med PASS.	100 (33)	Det fanns inga skillnader mellan de socio-demografiska grupperna avseende vidhållande och självförtroende i egenvård, fysiska hjärtsviktssymtom eller livskvalitet efter 90 dagar. Patienter som fick det motiverande samtalet hade signifikant och kliniskt betydande förbättringar i egen vården av hjärtsvikt över 90 dagar som översteg den vanliga vården.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Mehralian, H., Salehi, S., Moghaddasi, J., Amiri, M. & Rafiei, H. 2014 Iran	The Comparison of the Effects of Education Provided by Nurses on the Quality of Life in Patients with Congestive Heart Failure (CHF) in Usual and Home-Visit Cares in Iran	Syftet med denna studie var att undersöka effekterna av den utbildning som sjuksköterskor tillhandahåller efter utskrivning från sjukhus på livskvalitet hos patienter med hjärtsvikt i hemsjukvården jämfört med vanlig vård	<u>Design:</u> RCT (single-blind) <u>Urval:</u> Patienter över 18 år med hjärtsvikt diagnostiserad av en hjärtläkare enligt New York Heart Association (NYHA) klass II–IV, utstötnings-fraktion mindre än 45 %. Läs- och skrivkunniga. <u>Datainsamling:</u> Patienters livskvalitet mättes med den iranska versionen av den korta versionen av 36-punktsfrågeformuläret (SF-36) vid tiden för utskrivning och även sex månader efter utskrivning från sjukhus. SF-36 poäng omvandlades till en skala från 0 till 100, där en högre poäng indikerar en högre livskvalitet. <u>Analys:</u> Analysen gjordes med hjälp av SPSS version 17. Ett P-värde på mindre än 0,05 ansågs som statistiskt signifikant. För att beskriva och jämföra medelvärde användes beroende och oberoende <i>t</i> -test.	110 (11)	Sex månader efter utskrivning hade livskvaliteten minskat hos patientgruppen som bara fått utbildning i och med utskrivningssamtalet. Livskvaliteten ökade dock hos den grupp som fick ytterligare flertalet utbildningssamtal (2 samtal i månaden, i månad 1, 3 och 6) i hemmet efter det vanliga utskrivningssamtalet. Efter sex månader var medelvärdet på livskvalitet högre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Nahlén Bose, C., Persson, H., Björling, G., Ljunggren, G., Elfström, M. L., & Saboonchi, F. 2016 Sverige	Evaluation of a Coping Effectiveness Training intervention in patients with chronic heart failure – a randomized controlled trial	Syftet med studien var att utvärdera sjuksköterskeledd Coping Effectiveness Training (CET), gruppintervention för patienter med kronisk hjärtsvikt. Hypotesen var att CET skulle öka det känslomässiga välbefinnande, den hälsorelaterad livskvalitet i livet (HRQoL) och förbättra de kliniska resultaten. Vidare undersöktes förändringar i bedömning och hantering som medlare av interventionseffekten.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Patienter som diagnostiserats med kronisk hjärtsvikt rekryterades från en väntelista vid en öppenvårdsklinik för hjärtsvikt på ett sjukhus i Stockholms läns landsting. Patienterna skulle vara över 18 år och graderad i klass II-III enligt New York Heart Association (NYHA). <u>Datainsamling:</u> Data samlades in genom självskattningsenkäter; innan interventionen, 6 veckor efter, 6 och 12 månader efter interventionen. Data insamlades mellan 2011 till 2013 <u>Analys:</u> Statistisk data analyserades med hjälp av SPSS version 22.0. Chi-Square test, Fisher's exact test, Student's <i>t</i> -test och Mann-Whitney's U-test användes för att upptäcka signifikanta skillnader. ANOVA användes för att genomföra en uppföljningsanalys av resultaten	103 (9)	Inga signifikanta förbättringar för känslomässigt välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) i interventionsgruppen hittades jämfört med kontrollgruppen. Efter att ha exkluderat patienter med klinisk ångest och depression hade interventionsgruppen signifikant lägre negativ påverkan. Det fanns inga signifikanta skillnader vad gäller kliniska resultat mellan grupperna. Interventionsgruppen hade dock en större känsla av kontroll över sin sjukdom på kort sikt. CET-interventionen visade sig öka känslan av kontroll över sjukdomen på kort sikt. Psykosociala stödprogram för patienter med kronisk hjärtsvikt, som CET, saknar för närvarande bevis för att implementera i kliniska sjukvårdsmiljöer.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ross, A., Ohlsson, U., Blomberg, K., & Gustafsson, M., 2015 Sverige	Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study.	Studiens huvudsyfte var att utvärdera om ändring av de skriftliga frågorna hos patienter med hjärtsvikt kunde individualisera utbildningen och öka patientnöjdheten. Ett annat syfte var att beskriva behovet av lärande hos patienter med nyss diagnostiserad hjärtsvikt.	<u>Design:</u> En kvasi-experimentell metod valdes som studiedesign <u>Urval:</u> Patienter som nyss genomgått en ultraljudsundersökning av hjärtat och deltog i en sjuksköterskeledd utbildning vid en hjärtklinik ingick i urvalet. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in genom postade enkäter som skickades 7 dagar efter deltagarna fått utbildning på klinik <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av Chi-square test. Mann-Whitney U-test användes för att analysera skillnaderna mellan grupperna samt Spearman's rank-order correlation för att undersöka eventuella korrelationer.	150 (65)	Det fanns ingen signifikant skillnad i tillfredsställelse med utbildningen mellan kontrollgruppen och interventionsgruppen som fick skriva ner sina frågor och funderingar innan de blev adresserade. Interventionsgruppen kände emellertid starkare att informationen de fick var relaterad till deras personliga situation. Patienternas behov av inläring före utbildning kategoriserades som; orsaker och betydelse av sjukdom, kontroll och hantering av sjukdomen, påverkan på det dagliga livet och framtida hälsa. Att be patienter med hjärtsvikt att skriva ner sina inlärningsbehov innan utbildning ökade deras möjlighet att få individanpassad utbildning	II P

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., & Kempen, G 2010 Nederländerna	Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial.	Studien syftar att undersöka effekterna av ett självhanteringsprogram för kronisk sjukdom (CDSMP) på psykosociala egenskaper, egenvårdsbeteende och livskvalitet för patienter med kronisk hjärtsvikt som upplevde begränsning av fysisk aktivitet	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Patienter som besökte kliniker för hjärtsvikt eller öppenvårdsavdelning för hjärtsjukdom mellan juli 2004 till november 2005 var lämpliga deltagare om de uppfyllde följande kriterier: diagnos för hjärtsvikt enligt NYHA klass II-III och/eller diastolisk hjärtsvikt diagnostiserad av en kardiolog enligt CHF guidelines. <u>Datainsamling:</u> Interventionsgruppen deltog i ett sjuksköterskelett 6-veckors program (CDSMP). 21 klasser genomfördes på 6 sjukhus i Nederländerna, där data samlades in mellan augusti 2004 till januari 2007. <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av SPSS version 12.0.1, Chi-Square tests, Mann-Whitney U-tests och t-tests	317 (52)	Studien visade att CDSMP signifikant förbättrade den kognitiva symtomhanteringen, psykosociala egenskaper, egenvårdsbeteende och hjärtspecifik livskvalitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt på kort sikt. Resultatet påverkade inte patientens uppfattade kontroll, autonomi och symptom på ångest eller känslor av depression. Därtill, observerades inga effekter i patientens självförmåga. Programmet påverkade inte andra hälsoproblem som t.ex. rökning eller alkoholintag, eller utnyttjande av vård. Studien visade inte på några långsiktiga effekter avseende kognitiva symtomhanteringen, psykosociala egenskaper, egenvårdsbeteende och hjärtspecifik livskvalitet hos patienter.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Smith, C. E., Piamjariyakul, U., Dalton, K. M., Russell, C., Wick, J., & Ellerbeck, E. F. 2015 USA	Nurse-Led Multidisciplinary Heart Failure Group Clinic Appointments	Syftet med denna artikel är att (1) beskriva central egenvård av hjärtsvikt genom kliniska gruppöversök med interaktiva utbildningsstrategier, (2) beskriva resurser och material som använts i de kliniska gruppövningar, och (3) presentera resultat som stödjer denna patientcenterade gruppintervention.	<u>Design:</u> Klassisk RCT med slumpmässig tilldelning till en interventionsgrupp eller kontrollgrupp som fick standardvård <u>Urval:</u> Alla 198 patienter inskrivna i studien var vuxna på sjukhus på grund av förvärrad hjärtsvikt <u>Datainsamling:</u> Data samlades in från 72 kliniska gruppövningar, genom patienternas (1) utvärdering av de kliniska gruppövningarna, (2) färdighet av egenvårdsbeteende, (3) hjärtsviktsrelaterad modfällighet och poäng i livskvalitet, och (4) hjärtsviktsrelaterad återinskrivningar på sjukhus under en 12-månaders uppföljning. Data samlades in vid inledningen av interventionen och 3-, 6-, och 12 månader efter interventionen <u>Analys:</u> Data analyserades med 0-inflated Possions för att estimerar effekten av interventionen. Vid 12-månaders uppföljning genomfördes ett <i>t</i> -test för statistisk analys.	198 (<14)	Interventionen visade på förbättringar avseende kunskap i egenvård av hjärtsvikt, färdighet av egenvårdsbeteende i hemmet och hantering av hjärtsvikt. Sammanfattningsvis, en bättre egenvård av hjärtsvikt var associerad med reducerad återinskrivning på sjukhus. Vid uppföljningen efter 6 månader, fanns det en signifikant förbättring hos interventionsgruppen som kände igen symtom vid försämrad hjärtsvikt. Vid 12-månaders uppföljning, angav ett signifikant större antal patienter i interventionsgruppen att följde checklistan för att monitorera sin dagliga vikt, jämfört med kontrollgruppen som fick standardvård. Vid 6 och 12 månader, var det en signifikant större procent av interventionsgruppen som hade förbättrat sin förmåga avseende egenvård. Resultaten visade att interventionsgruppen hade signifikant större kunskap om SMAC-HF efter gruppövning och vid uppföljningen.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Srisuk N., Cameron J., Ski C.F. & Thompson D.R. 2016 Thailand	Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers	Syftet med studien var att utvärdera effekten av ett utbildningsprogram om hjärtsvikt utvecklat för patienter och deras vårdgivare i Thailand	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Urval:</u> Urvalet bestod av 100 par uppdelat i interventions- och kontrollgrupp som deltagit i tidigare studie som undersökte kunskap om hjärtsvikt samt hade en familjemedlem eller partner som informell vårdgivare</p> <p><u>Datainsamling:</u> Demografisk data och kliniska variabler samlades in via intervjuer vid start av interventionen. Utfallsmåtten följdes upp vid första interventionen och vid uppföljningstillfälle efter 3- och 6 månader.</p> <p><u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av SPSS version 22.0. Skillnader i resultatet analyserades med hjälp av linjär mix-effekt model, Chi-square test, <i>t</i>-test och effect size (es)</p>	100 (17)	Studien visade att patienter och vårdgivare som deltog i utbildningsprogrammet hade högre kunskap efter 3 och 6 månader jämfört med gruppen som fick vanlig vård. Interventionsgruppen skötte sin egenvård bättre och hade bättre självförtroende samt högre poäng avseende hälsorelaterad livskvalitet vid 3 och 6 månader in i utbildning. Resultaten visade även att partner hade en högre känsla av kontroll efter 3 månader.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sykes, C., & Simpson, S. 2011 Storbritannien	Managing the psychosocial aspects of heart failure: a case study	Syftet med studien var att undersöka om psykologisk intervention kan vara effektiv för patienter med hjärtproblem, samt depression som sannolikt utvecklas hos patienter med hjärtproblem. Syftet med studien är även att dela med sig av resultatet och inspirera till framtida forskning.	<p><u>Design:</u> Single case pilot study</p> <p><u>Urval:</u> Randomiserat urval av deltagare från en väntelista vid en öppenvårdsmottagning</p> <p><u>Datainsamling:</u> En intervention, uppdelad i tre tillfällen, var utformad för att hjälpa patienter med hjärtsvikt. Den genomfördes vid öppenvårdsmottagning, kompletterad med sjuksköterskeledd klinik. En fallstudie av en patient som genomförde åtgärder på 1 månad på väntelistan före interventionen, och vid 6 månader efter det att interventionen avslutats.</p> <p><u>Analys:</u> The Minnesota Living with heart failure Questionnaire och COPE Questionnaire användes för att bedöma patientens uppfattning om effekterna på hans hjärtfel och dagliga liv</p>	10 (5)	<p>Samtalsessioner med målsättning att ge patienten copingstrategier för att känna mer kontroll över sin sjukdom, planera aktiviteter som inte styrs av sjukdomen samt att ändra på livsstilsrelaterade faktorer som påverkar sjukdomen gav begränsad effekt. Det visade sig dock att patientens poäng på de känslomässiga punkterna i ett självskattningsformulär gjort för personer som lever med hjärtsvikt, <i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>, hade förbättrats.</p> <p>Patienten använde också mer aktiva copingstrategier efter sessionerna. Patienten själv rapporterade en förbättring av upplevd ensamhet, depression och sömnproblematik. Den konsulterande sjuksköterskan som var involverad i patientens vård rapporterade en förbättring av dennes ångest. Patienten uppgav att han kände att ingripandet hade hjälpt honom att börja hantera sin hjärtsvikt</p>	III P

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Wang, T., Huang, J., Ho, W., & Chiou, A. 2016 Taiwan	Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial	Studiens syfte var att undersöka effekterna av ett stödjande utbildnings- och omvårdnadsprogram för fatigue och livskvalité hos patienter med hjärtsvikt.	<u>Design:</u> RCT <u>Urval:</u> Deltagarna rekryterades från en hjärtavdelning och öppenvårdsklinik vid ett sjukhus. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in när patienterna började studien, 4-, 8-, och 12 veckor efter studiens början. Studien pågick under 2012, juni till november. Interventionen genomfördes av en hjärtsjuksköterska, under 4 personliga möten och 3 uppföljningssamtal över telefon. <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av SPSS version 18.0 och med oberoende t-test samt Chi-Square test.	92 (20)	Deltagarna i interventionsgruppen uppvisade en signifikant minskning i nivån av fatigue efter 12 veckor, samtidigt som kontrollgruppen inte uppvisade några signifikanta förbättringar. Dock fanns inga signifikanta skillnader i lindring av fatigue mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen mellan 4 och 8 veckor efter inskrivning. Resultaten visade även att nivån av fatigue ökade i kontrollgruppen efter 12 veckor. Jämfört med kontrollgruppen uppvisade interventionsgruppen en signifikant större förbättring i livskvalité efter att ha deltagit i det 12 veckor långa stödjande och pedagogiska omvårdnadsprogrammet. Avslutningsvis, studien rekommendera det stödjande och pedagogiska omvårdnadsprogrammet för att lindra fatigue och öka livskvalitén hos patienter med hjärtsvikt.	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ågren, S., Evangelista, L., Hjelm, C., & Strömberg, A. 2012 Sverige	Dyads affected by chronic heart failure: A randomized study evaluation effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners	Syfte med studien var att utvärdera effekten av ett integrerat vårdprogram inriktat till par med fokus på utbildning och psykosocialt stöd till patienter med kronisk hjärtsvikt och deras partner under en utskrivningsperiod efter akut försämring av kronisk hjärtsvikt.	<u>Design:</u> RCT <u>urval:</u> Deltagare bestod av par, bestående patient och partner som den informella vårdgivaren. Kriterier för att inkluderas i studien var att patienten var diagnostiserad med kronisk hjärtsvikt enligt <i>European Society of Cardiology guidelines</i> , klass II-IV enligt <i>New York Heart Association</i> (NYHA), boende med sin partner i samma hushåll och nyligen utskriven från sjukhus efter akut försämring av kronisk hjärtsvikt. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in och bedömdes efter 3- och 12 månader för att utvärdera effekterna av 12-veckors intervention med fokus på utbildning och psykosocialt stöd. De kortsiktiga effekterna följdes upp vid 3 månader och de långsiktiga effekterna efter 12 månader. <u>Analys:</u> Data analyserades med hjälp av SPSS version 15.0, Chi-square test eller Student <i>t</i> tests	155 (40)	Signifikanta skillnader observerades i patienternas uppfattade kontroll över hjärtproblemet efter 3 men inte efter 12 månader. Samma resultat hittades emellertid inte hos partnern, vars uppfattade kontroll var oförändrad både i interventionsgruppen och kontrollgruppen. Det fanns inga signifikanta skillnader i HRQOL och symtom för depression hos paren, beteende för egenvård hos patienter och i omvårdnadsbördan hos partnern mellan kontroll- och interventionsgrupperna efter 3 och 12 månader. Det observerades inga skillnader mellan grupperna över tiden för partners hälsorelaterade livskvalitet och depressiva symtom, patienters egenvårdsbeteenden och partners erfarenheter av omvårdnadsbördan. Integrerad partnervård med inriktning på kompetensutveckling, problemlösning och psykosocialt stöd var effektivt för att förstärka patienternas nivåer av uppfattad kontroll på kort sikt	I RCT

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet