

NÄR HJÄRTAT INTE ORKAR MER
Personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt

WHEN THE HEART CAN'T TAKE IT ANYMORE
Peoples' experiences of living with heart failure

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 23 januari 2023
Kurs: Självständigt arbete
Författare: Amanda Franzén
Författare: Emma Sylwan

Handledare: Marie Tyrrell
Examinator: Christine Gustafsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Hjärtsvikt är en vanligt förekommande och allvarlig sjukdom som drabbar uppskattningsvis 38 miljoner människor världen över. Det är ett syndrom som kännetecknas av en nedsatt pumpförmåga av hjärtat, vilket yttrar sig genom symtom såsom dyspné och ödem. Hjärtsvikt kan ha olika patofysiologi och yttrar sig som akut- och/eller kronisk hjärtsvikt. Behandlingen involverar läkemedel och livsstilsinterventioner. Omvårdnaden för hjärtsvikt innebär symtomövervakning, vätskerestriktioner samt information och utbildning till personen med hjärtsvikt och anhöriga. Arbetet knöt an till personcentrerad omvårdnad. För en god vård krävs djupare förståelse för livet med sjukdomen.

Syfte

Studiens syfte var att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

Metod

För att besvara syftet samlades 17 vetenskapliga artiklar in från sökningar i databaserna CINAHL och PubMed. De flesta artiklarna hade en kvalitativ design. Artiklar valdes utifrån inklusionskriterier och valdes baserat på inklusionskriterierna samt hur väl de passade arbetets syfte. En icke-systematisk litteraturoversikt genomfördes och artiklarnas kvalitet granskades.

Resultat

Resultatet sammanställdes till två huvudkategorier: påverkan på livet och fysisk och mental påverkan. Från de två huvudkategorierna skapades sex underkategorier som belyste teman såsom påverkan på vardagens utmaningar, sociala påverkan, känslomässig påverkan, fysiska upplevelser och symtom, förståelse och kunskap om sjukdomen och vården, samt existentiella erfarenheter.

Slutsats

Resultatet visade hur hjärtsvikt kan påverka personer ur många aspekter av livet. Fynden av belyser den mångfacetterade påverkan som hjärtsvikt har på personer och framför betydelsen av förståelse för de levda upplevelserna av sjukdomen. Detta kan bidra till en bättre vård, vilken kan uppnås genom förbättrad kommunikation och förståelse för de unika behoven hos varje individ.

Nyckelord: hjärtsvikt, upplevelser, personer, leva med.

ABSTRACT

Background

Heart failure is a prevalent yet severe ailment which afflicts approximately 38 million individuals worldwide. It's a syndrome characterized by a compromised ability of the heart to pump blood, resulting in symptoms such as dyspnoea and oedema. The condition has various pathophysiological origins and manifests as acute and/or chronic heart failure. Treatment involves medication and lifestyle modifications. The care required for heart failure includes monitoring symptoms, imposing fluid restrictions, and providing information and education for the patient and their relatives. This study connected with person-centered care. To achieve good healthcare, a more nuanced understanding of what living with heart failure entails is needed.

Aim

The study aims to describe the experiences of individuals living with heart failure.

Method

To achieve this aim, 17 scientific articles were collected from searches of the databases CINAHL and PubMed. Most of the articles employed a qualitative design and were chosen based on inclusion criteria and suitability for the study's purpose. A non-systematic literature review was performed and the quality of the articles was analysed.

Results

The results were integrated and grouped into two main categories: impact on life and physical- and psychological impact. From the two main categories, six subcategories were created, which addressed themes such as the challenges of everyday life, social impact, emotional impact, physical experiences and symptoms, understanding and knowledge about the illness and its care, and existential impact.

Conclusions

The results indicate that heart failure has a significant impact on many aspects of life. The findings demonstrate the multifaceted impact of heart failure on individuals and highlight the importance of understanding the lived experience of the condition in order to provide better care. This can be achieved through improved communication and understanding the unique needs of people.

Keywords: Heart failure, Experiences, Persons, Living with.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtat	1
Hjärtsvikt	2
Epidemiologi	2
Komorbiditet	2
Klassifikation.....	3
Hjärtats ejektionsfraktion	3
Orsaker till hjärtsvikt.....	3
Symtom på hjärtsvikt.....	4
Kronisk- och akut hjärtsvikt	4
Vänster- och högersidig hjärtsvikt	5
Diagnostisering av hjärtsvikt.....	5
Behandling av hjärtsvikt.....	6
Omvårdnad vid hjärtsvikt	6
Personer med hjärtsvikt i vården	7
Teoretisk utgångspunkt	8
Upplevelse	10
Person och patient	10
Problemformulering	10
SYFTE	10
METOD	11
Design.....	11
Urval.....	11
Avgränsningar	11
Inklusionskriterier	12
Exklusionskriterier	12
Datainsamling.....	12
Kvalitetsgranskning.....	13
Forskningsetiska överväganden	14
Dataanalys	15
RESULTAT	15
Påverkan på livet	16
Vardagens utmaningar.....	16
Social påverkan	17
Fysiska utmaningar och symtom	18

Känslomässig påverkan	18
Förståelse och kunskap om sjukdomen och vården	20
Existentiella erfarenheter.....	20
DISKUSSION	21
Resultatdiskussion	21
Metoddiskussion.....	25
Slutsats.....	29
Fortsatta studier	30
Klinisk tillämpbarhet	30
Författarnas bidrag	30
REFERENSER.....	31
BILAGA A	
BILAGA B	
BILAGA C	

INLEDNING

Hjärtsvikt är en relativt vanligt förekommande sjukdom världen över. Sjukdomen är vanligast i äldre åldrar, men förekommer även hos yngre individer samt i olika vårdkontexter. Enligt Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi [IHE] (2021) kostade hjärt- och kärlsjukdomar - inklusive hjärtsvikt - samhället år 2019 cirka 60,2 miljarder kronor. Ca 200 000 personer i Sverige beräknas leva med symtom på hjärtsvikt (IHE, 2021). Denna mängd drabbade personer medför en hög belastning på samhället i stort och ända ner på individnivå. Det är därför relevant att förstå hela sjukdomsbördans effekter på individnivå för att på en större skala kunna optimera vården, minska lidandet och som resultat möjligtvis minska vårdtyngden. Likt andra sjukdomar kräver hjärtsvikt en anpassad omvårdnad och sjukvård i enlighet med individers behov och sjukdom. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (2017:30) är målet med hälso- och sjukvården god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagen säger även att vården ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Med lagens bestämmelser i åtanke behövs kunskap kring personers upplevelse av att leva med hjärtsvikt för att kunna främja bästa möjliga hälsa. Utöver detta skapas en bättre kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal när hälso- och sjukvårdspersonalen får en bättre förståelse (HSL-SFS 2017:30). Anledningen till att detta ämne valdes som föremål för denna studie är för att hjärtsvikt är ett sjukdomstillstånd som förekommer vanligen i kliniska sammanhang av olika slag. Därför kommer en sjuksköterska troligen möta en mängd olika personer med hjärtsvikt. Således behövs en tydlig bild över hur livet kan se ut för en person med hjärtsvikt för att kunna utforma omvårdnaden på bästa sätt.

BAKGRUND

För att på bästa sätt kunna förstå upplevelserna av hjärtsvikt krävs en viss förförståelse för hur hjärtsvikt ter sig fysiologiskt i kroppen samt vad hjärtsvikt är, och hur sjukdomen kan se ut för olika personer. Det är även en fördel att ha en förståelse för behandling och omvårdnad vid hjärtsvikt samt olika vårdkontexter som personer med hjärtsvikt kan befinna sig i kopplat till deras sjukdom. Genom dessa aspekter kan en bred och grundlig förförståelse för området erhållas, och vidden av resultatet kan förstås på bästa sätt. I detta avsnitt presenteras hjärtsvikt och dess relaterade områden för att ge en grund för uppsatsens syfte och varför detta område diskuteras.

Hjärtat

Hjärtat är ett organ och en muskel som är lokaliserat i bröstkorgen mellan lungorna. Dess funktion är att pumpa blod till kroppens olika organ och på så sätt transportera syre. Det består av muskelceller, så kallat myokardium vilka i sin tur är omgivna av ett tunt lager visceral vävnad kallat epikardium (Levick, 2010; Mahadevan, 2018). Epikardiet är det yttersta lagret av hjärtsäcken; perikardiet (Levick, 2010). Hjärtat är uppdelat i höger- och vänster del, där den högra sidan ansvarar för att ta emot syrefattigt blod från kroppen och transportera det till lungorna för syresättning. Vänster sida tar sedan emot detta syrerika blod och pumpar ut det till kroppens vävnader igen. Höger sida kan även beskrivas som lungpumpen och är ett lågtryckssystem. Vänster sida kan beskrivas som den systemiska pumpen och är ett högtryckssystem (Mahadevan, 2018). När hjärtat kontraherar och pumpar ut blod, kallas det för systole, och när det sedan slappnar av och fylls med blod kallas det för diastole (Levick, 2010; Nicholson, 2007). Både höger och vänster kammare drar ihop sig samtidigt för att koordinerat tömma blodet i respektive kretslopp (Nicholson,

2007), men vänster kammare pumpar med mycket högre tryck än den högra (Levick, 2010).

Både höger- och vänster sida av hjärtat är vidare uppdelat i två delar; kammare och förmak, där förmaken ligger ovanför kammarna. Höger- och vänster kammare och förmak är uppdelade av en vägg, kallad septum. Hjärtat är omgivet av perikardiet, även kallat hjärtsäck, bestående av en fibrös, seg och elastisk vävnad. Hjärtats blodtillförsel sker genom kranskärlen som omger hjärtat, och mynnar ut i aortan (Mahadevan, 2018). Hjärtats egna behov av blodmängd varierar beroende på dess aktivitet; vid vila behöver det mindre blod och vid aktivitet behöver det mer blod. Detta kontrolleras genom neurohormonella mekanismer som reglerar hemodynamiken. Hjärtats förmåga att anpassa sitt arbete utefter kroppens aktivitet är stort beroende på hjärtats effektivitet och funktion (Nicholson, 2007).

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är ett tillstånd som påverkar hjärtat till den grad att det inte längre fungerar som det ska (Ziaeeian & Fonarow, 2016). Funktionsnedsättningen i hjärtat leder till en nedsättning i ventriklarnas förmåga att fyllas med blod, eller till en nedsättning i förmågan att pumpa ut blod i kroppen. Som konsekvens av hjärtats funktionsnedsättning blir förmågan att leverera syrerikt blod till kroppens vävnader på ett adekvat sätt nedsatt (Camm et al., 2016). Orsakerna till hjärtsvikt kan vara många och varierande, varav de vanligaste orsakerna är ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni (Ziaeeian & Fonarow, 2016).

När personer drabbas av hjärtsvikt samlar kroppen på sig vätska. Vätskeansamlingen i samband med akut hjärtsvikt orsakas av att funktionsnedsättningen i hjärtat triggar igång bland annat det sympatiska nervsystemet och Renin-Angiotensin-Aldosteron-systemet (RAAS), för att försöka tillgodose kroppens behov av syre och kompensera för svikten. Konsekvensen av detta blir att njurarnas förmåga att reglera utsöndringen av natrium blir nedsatt, vilket gör att personen behåller mer natrium i kroppen som i sin tur drar åt sig vätska (Arrigo et al., 2016).

Epidemiologi

Hjärtsvikt är ett vanligt syndrom som drabbar upp till två procent av Sveriges befolkning och hos personer över 80 år är incidensen runt tio procent (Kareld, 2020; Socialstyrelsen [SOS], 2018). Ur ett globalt perspektiv påverkar hjärtsvikt mellan en och två procent av befolkningen i utvecklade länder. Diagnosen är vanligast hos äldre personer och det uppskattas till att ca 38 miljoner personer världen över lever med hjärtsvikt. Denna siffra ökar i takt med att jordens befolkning blir äldre. Risken för att utveckla hjärtsvikt är ca 20 procent för alla personer över 40 års ålder (Camm et al., 2016). Enligt Jones et al. (2019) är 5-årsöverlevnaden med hjärtsvikt av kronisk eller stabil form mellan år 2000 och 2009 från studerat tillfälle ca 59,7 procent. Enligt Gardner et al. (2014) är femårsöverlevnaden 38 procent hos män och 58 procent hos kvinnor.

Komorbiditet

Komorbiditeten hos personer med hjärtsvikt ökar, framför allt hos äldre personer med andra allvarliga sjukdomar (Palazzuoli et al., 2022). En studie av Khan et al. (2020) visar att komorbiditeter förekommer hos mellan 51 procent och 35 procent hos personer med hjärtsvikt. En annan studie visar att cirka 40 procent av personerna med hjärtsvikt även hade fem eller fler andra komorbiditeter (Braunstein et al., 2003), och Gardner et al. (2014) menar att det är vanligt med komorbiditeter hos personer med hjärtsvikt. Vidare förklarar

Gardner et al. (2014) att nedsatt njurfunktion är förekommande hos cirka 20–50 procent av personer med hjärtsvikt, och anemi är förekommande hos upp till 40 procent hos personer med hjärtsvikt. Enligt Gardner et al. (2014) är även diabetes och övervikt vanliga komorbiditeter till hjärtsvikt. Enligt Palazzuoli et al. (2022) och Gulea et al. (2021) förekommer sjukdomar eller tillstånd såsom diabetes, anemi, lungsjukdomar, nedsatt njurfunktion, nedsatt leverfunktion och övervikt i komorbiditet med hjärtsvikt. Gulea et al., beskriver också demens, alkoholmissbruk, magsår, högt blodtryck, cancer, förmaksflimmer, kranskärllsjukdom, stroke och perifer arteriell sjukdom som förekommande komorbiditeter tillsammans med hjärtsvikt.

Klassifikation

Graden av hjärtsvikt kan bedömas efter vissa kriterier som beskriver en persons påverkan av sina symtom. För detta används New York Heart Associations' (NYHA) klassifikation, som klassificerar hjärtsvikt enligt fyra nivåer, I-IV. Ju högre klassificering, desto sämre hjärtfunktion (Greene et al., 2021). Enligt American Heart Association (2017) kan hjärtsvikt klassificeras enligt fyra olika klassifikationer (se tabell 1):

Tabell 1. NYHA-klassifikation (American Heart Association, 2017).

Klass I	Personens hjärtsvikt har ingen fysisk påverkan
Klass II	Personen upplever lätt begränsning då hen upplever lätta symtom i samband med fysisk aktivitet
Klass III	Personen upplever måttlig påverkan i samband med fysisk aktivitet, och symtom uppstå vid vardagliga aktiviteter
Klass IV	Personen har symtom i vila och kan ej engagera sig i fysisk aktivitet på grund av hur starka symtomen blir

Hjärtats ejektionsfraktion

Ejektionsfraktion är ett mått på vänster ventrikelns pumpförmåga, alltså hur väl den tömmer ut blodet till resten av kroppen. Måttet uttrycks i procent och beskriver relationen mellan slagvolymen i systole och volymen i slutet av diastole (Kareld, 2020; Levick 2010). Ejektionsfraktionen ska ligga över 50 procent (Kareld, 2020). Den normala mängden blod som pumpas ut ur hjärtat vid varje slag är ungefär 70 mililiter (Levick, 2010; Nicholson, 2007), och den totala fyllnadskapaciteten är runt 120 ml (Nicholson, 2007). För att räkna ut vad en normal ejektionsfraktion ska ligga på divideras därför 70 ml med 120 ml och får då fram 60 procent. Ju sämre EF, desto sämre hjärtfunktion (Nicholson, 2007). Hjärtsvikt kan förekomma med både nedsatt och bevarad EF. Hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF) kallas även för systolisk hjärtsvikt. Det innebär att hjärtats förmåga att pumpa ut blod är väldigt nedsatt, under 40 procent. Hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion (EF) däremot, kallas för diastolisk hjärtsvikt och innebär att ejektionsfraktionen är bevarad och ligger över 40 procent. Ligger hjärtat mellan 41–49 procent i dess EF är tillståndet någonstans mitt emellan (Camm et al., 2016).

Orsaker till hjärtsvikt

Vänster kammare kan svikta på grund av flera olika orsaker. Oftast finns det någon bakomliggande sjukdom eller ett akut tillstånd som orsakar svikten, som ischemisk hjärtsjukdom eller hypertoni (Butler, 2014). Även alkohol, diabetes, infektioner och arytmier kan orsaka hjärtsvikt. Beroende på orsak kan vänster kammare bli uttänjd och för slapp för att kunna pumpa ut blodet ordentligt, eller så blir den för stel och kan på så vis inte pumpa. Det kan också vara så att hjärtmuskeln inte pumpar ordentligt för att kontraktionerna inte är synkroniserade. Hjärtmuskeln i vänster kammare blir ofta påverkad

av hjärtinfarkter vilket leder till funktionsnedsättningen i väggarna, eftersom ocklusionen i kranskärl leder till syrebrist. Alla dessa problem med hjärtstrukturen och funktionen leder till att mindre blod pumpas ut till kroppen och vänster kammare måste då arbeta ännu hårdare för att kunna försörja kroppen med blod. Detta leder på sikt till hypertrofi, förstoring och förslappning av hjärtmuskulaturen (Nicholson, 2007). Vidare är riskfaktorer för att utveckla hjärtsvikt är sådana som ålder, att vara man och obesitas. Vidare innebär en diabetesdiagnos inte bara en riskfaktor för att utveckla hjärtsvikt, det brukar även förvärra hjärtsvikten (Bui et al., 2010).

Symtom på hjärtsvikt

Det finns många symtom associerade med hjärtsvikt. Bland de vanligaste symtomen finns dyspné, fatigue och ödem (Gardner et al., 2014; Seongkum et al., 2019). Även symtom som yrsel, smärtor och sömnsvårigheter förekommer (Seongkum et al., 2019). Förutom fysiska symtom är också psykiska symtom eller besvär vanligt vid hjärtsvikt. Ångest förekommer också hos personer drabbade av hjärtsvikt (Lee et al., 2017). Enligt Salyer et al. (2019) är vanliga symtom även depression, ökad eller minskad hunger, ökad eller minskad aptit samt kognitiv påverkan. Song et al. (2010) menar att symtomen kan delas in i två kluster; dyspnérelaterade symtom och trötthetsrelaterade symtom. Bland de dyspnérelaterade symtomen tillhör andnöd, dyspné i liggande ställning och uppvaknande ur sömn på grund av dyspné. Till de trötthetsrelaterade symtomen hör avsaknad av energi, avsaknad av aptit och sömnsvårigheter.

Kronisk- och akut hjärtsvikt

Hjärtsvikt delas in i olika former utöver NYHA-klassifikationen som är nämnd ovan. Hjärtsvikt kan delas in i kronisk och akut och beroende på hjärtats förmåga att pumpa blodet och tömma ventriklarna (DiSalvo & Shin, 2013).

Enligt Riksförbundet Hjärt-Lung (Forsell, 2022) uppstår kronisk hjärtsvikt under en längre period. Camm et al. (2016) skriver att den vanligaste orsaken till kronisk hjärtsvikt är kranskärlssjukdom samt att prognosen för kronisk hjärtsvikt beror på flera faktorer, men ser sämre ut för personer med hög ålder, hög NYHA klassificering samt låg ejektionsfraktion [EF]. Om personen dessutom har andra sjukdomar som diabetes och/eller anemi ser prognosen också sämre ut.

Hypertoni är den näst vanligaste orsaken till kronisk hjärtsvikt. När hjärtat måste arbeta mot ett konstant förhöjt tryck spänns hjärtmusklerna för mycket vilket leder till uttänjning och som även orsakar hypertrofi (Nicholson, 2007). Dessa är del av hjärtats så kallade kompensatoriska mekanismer, vilka är strategier för hjärtat att anpassa sig till de nya omständigheterna, som just ökat blodtryck. Dessa förändringar i hjärtats struktur kallas på engelska för *cardiac remodelling* (Camm et al., 2016; Gardner et al, 2014).

Akut hjärtsvikt innebär att symtomen av en persons hjärtsvikt snabbt försämras, detta kallas även för dekompenenserad hjärtsvikt. Det inkluderar även personer som inkommer med helt nya symtom på hjärtsvikt. Det är ett livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård, då hjärtat av någon anledning inte längre klarar av att reperfusera perifera vävnader och orsakar ödem, bland annat i lungorna. (Kurmani & Squire, 2017) vilket kallas för kardiogen chock (Price et al., 2017). Det orsakar hemodynamisk samt neurologisk/hormonal instabilitet som i sin tur orsakar skada på hjärtat och ibland på njurarna (Gheorghide & Pang, 2009). Det kan orsakas av infektioner, KOL-

exacerbationer, anemi, hypo- och hypertyreoidism, läkemedel som NSAID-preparat och alkoholmissbruk (Farmakis et al., 2015).

Akut hjärtsvikt beror oftast på en hjärtinfarkt. Om hjärtfunktionen försämras så pass snabbt kan detta leda till att vänster kammare slutar fungera som den ska då den blir hypoxisk. Det ökar trycket inuti kammaren då den inte kan tömma ut blodet som den ska, och detta leder till stockning av blodet bakåt i lungkretsloppet (Arrigo et al., 2020). En hjärtinfarkt leder till död av kardiomyocyter. Det området som dött kan då inte längre kontrahera med resten av hjärtat vilket leder till dyskinesi (Nicholson, 2007).

De flesta som drabbas av akut hjärtsvikt har en kronisk hjärtsvikt sedan tidigare. Detta innebär att när en person har genomgått en akut hjärtsvikt och fått den stabiliserad räknas det inte längre som akut hjärtsvikt. De flesta som drabbats av och återhämtat sig från en akut hjärtsvikt sägs därför efter detta numera ha en kronisk hjärtsvikt (Gheorghiade & Pang, 2009).

Vänster- och högersidig hjärtsvikt

Vänstersidig hjärtsvikt innebär blodöverfyllnad av lungvenerna, och även retention av vätska som kan leda till lungödem. Högersidig hjärtsvikt innebär blodöverfyllnad av de systemiska venerna med vätskeretention och ödem perifert (Camm et al., 2016). Hos personer med vänstersidig hjärtsvikt förekommer symtom relaterat till pulmonell venös påverkan, vilket inkluderar dyspné och bildande av sputum. Vid högersidig hjärtsvikt förekommer symtom kopplat till systemisk venös påverkan vilket ger symtom såsom ödem och besvär från buken (Butler, 2014). En vänstersidig hjärtsvikt kommer så småningom leda till en högersidig hjärtsvikt och en högersidig hjärtsvikt kommer till slut att leda till en vänstersidig hjärtsvikt (Nicholson, 2007).

Diagnostisering av hjärtsvikt

För att kunna diagnostisera hjärtsvikt genomförs en klinisk utvärdering med personens anamnes och en fysisk undersökning. Syftet med detta är att utesluta och/eller upptäcka andra tillstånd som skulle kunna orsaka symtom som även förekommer vid hjärtsvikt (King et al., 2012). Symtom och den kliniska bilden kan ensamt ge en stark indikation på möjlig diagnos av hjärtsvikt (Mant et al., 2009).

Ekokardiografi, ett ultraljud av hjärtat, används mycket för att diagnostisera hjärtsvikt. Det är en enkel och validerad metod som kan visa anatomiska förändringar i hjärtat. Det går att mäta allvarlighetsgraden i hjärtats funktionsnedsättning, bland annat genom att få en bild av hjärtats EF (Price et al., 2017). Ekokardiografi ger en bra och säker bild av strukturen och funktionen av hjärtat (Cowie et al., 1999) och kan användas tillsammans med ultraljud av lungorna för att mäta hjärtats pumpförmåga, förekomst av ödem och även den underliggande orsaken till hjärtsvikten i ett akut skede vilket skapar möjligheter för en individanpassad vård (Price et al., 2017). Price et al (2017) förklarar att det även är möjligt att använda kontrastmedel om bildkvaliteten skulle vara nedsatt.

Vidare diagnostiska åtgärder är bland annat blodprover för att bland annat evaluera en persons nivåer av Pro-BNP (Price et al., 2017). BNP frisätts från förmaken och kamrarna vid stress på hjärtat, som när hjärtmuskeln tänjs ut på grund av det ökade fyllnadstrycket. Vidare bör en röntgen av bröstkorgen genomföras för att fastställa orsaken till dyspné, då det kan ha andra orsaker än hjärtsvikt, som pneumoni eller tumörer. EKG ska också göras

för att utesluta avvikande elektrisk aktivitet som kan orsakas av annat än hjärtsvikt men ändå ge liknande symtom (King et al., 2012).

Behandling av hjärtsvikt

För att behandlingen ska ge så god effekt som möjligt är det av högsta vikt att personen får information om tillståndet och behandlingen, och att denna sen följs. Patientutbildning ges av specialistsjuksköterskor på särskilda hjärtsviktsmottagningar, för att främja personens egenvård (Socialstyrelsen [SOS], 2018).

Enligt SOS (2018) består behandlingen för hjärtsvikt av dels medicinska åtgärder, dels livsstilsinterventioner. Det finns även en hel del icke-medicinska interventioner som kan implementeras i vården, såsom CRT-D (cardiac resynchronization therapy device) och hjärtpumpar. I vissa fall kan hjärttransplantation bli aktuell. Den medicinska behandlingen består av ACE-hämmare eller ARB (angiotensinreceptorblockerare), betablockerare och diuretika när det behövs. Faris et al (2012) förklarar att diuretika, vätskedrivande läkemedel, behövs eftersom stockningen av blod i lungvenerna leder till vätskeansamling i lungorna som ett resultat av vänstersidig hjärtsvikt. Vid högersidig hjärtsvikt ansamlas vätskan istället bakåt i systemkretsloppet och orsakar perifera ödem (Faris et al., 2012). Diuretika spelar därför en viktig roll i att göra av med vätska snabbt och lindra symtomen (RiksSvikt, 2022).

I den akuta behandlingen av akut hjärtsvikt behöver personen ambulanstransport till sjukhus med syrgas, morfin och intravenös diuretika. Redan i ambulansen ska personen få 10–15 liter syrgas, perifer infart ska sättas och läkemedlen nämnda ska administreras (Agvall, 2020). Det är fördelaktigt att personen som drabbats av lungödem sitter med höjd huvudända för att kunna andas ordentligt (Rosenthal & Wilson-Thang, 2019).

Omvårdnad vid hjärtsvikt

Omvårdnad är en vetenskap som är sjuksköterskans huvudkompetens (Svensk sjuksköterskeförening [SSF]; 2017 Willman, 2019). Omvårdnaden handlar inte bara om kroppen och det sjuka, utan om personen bakom sjukdomen och alla dennes unika drag (Peate et al., 2012; Willman, 2019). För att kunna förstå en person och dennes behov krävs därför en helhetsförståelse för just den individen (Baillie, 2022; Willman, 2019). Omvårdnad sker genom omvårdnadsåtgärder, vilket kan vara allt från att vara närvarande för en person och inge hopp till att rent konkret vårda en persons kropp och undervisa denne (Peate et al., 2012; Willman, 2019). Förenklat ska omvårdnaden leda till bästa möjliga välbefinnande hos personen, oberoende av sjukdomstillstånd (SSF, 2017).

Det finns många aspekter av omvårdnaden vid hjärtsvikt. Förutom den basala omvårdnaden, vilket är sjuksköterskans ansvar (Perpetua & Keegan, 2021), ansvarar sjuksköterskan även för aspekter av vården som handlar om löpande övervakning av personen med hjärtsvikt, översikt av läkemedel, patient- och familjeutbildning, triage för akut dekomensation (Perpetua & Keegan, 2021; Sotto, 2021), och hjälper patienten när denne ska övergå från sjukhus till hemmet (Perpetua & Keegan, 2021). Vidare är det som nämnt tidigare i detta arbete vanligt med komorbiditeter i samband med hjärtsvikt. Enligt Perpetua & Keegan (2021) och Peate et al., (2012) är det viktigt att hantera dessa komorbiditeter för att i sin tur kunna hantera hjärtsvikten bättre, vilket enligt Perpetua &

Keegan (2021) kan vara en utmaning för både vårdpersonal och för personen med hjärtsvikt.

En annan del av omvårdnaden kopplat till hjärtsvikt är att synliggöra vikten av livsstilsförändringar och den inverkan det kan ha på hjärtsvikten. Sjuksköterskan kan informera personen om vikten av att anpassa sin livsstil efter sjukdomen, exempelvis genom rökstopp där rökning ger ökad risk för försämring och även att avlida vid hjärtsvikt (Perpetua & Keegan, 2021; Sotto, 2021).

Vidare är aktivitet och träning en essentiell del av hanteringen av hjärtsvikt (Perpetua & Keegan, 2021; Sotto, 2021). Att en person med hjärtsvikt aktiverar sig utefter sin egen förmåga minskar risken för att den fysiska funktionen ska försämrans, och kan därmed även bevara personens livskvalitet (Perpetua & Keegan, 2021). Anpassad kost, exempelvis minskat saltintag, kan också bidra till upprätthållandet av en kontrollerad hjärtsvikt (Perpetua & Keegan, 2021; Sotto, 2021). Det är vanligt att personer med hjärtsvikt rekommenderas sänka sitt intag av salt för att minska vätskeansamling i kroppen hos personen. Det är därmed också vanligt att personer blir rekommenderade en maxgräns för vätskeintag per dygn (Perpetua & Keegan, 2021). På sjukhus kan detta göras genom att ansvarig vårdpersonal antecknar hur mycket personen dricker per dygn. För att kontrollera vätskeansamling hos en person med hjärtsvikt är det även en vanlig åtgärd att väga personen. På sjukhus görs detta ofta varje dag av vårdpersonal och personer kan också göra detta själva när de kan (Perpetua & Keegan, 2021; Sotto, 2021).

Förutom alla aspekter av omvårdnad nämnda ovan, är sjuksköterskan tillsammans med annan vårdpersonal inom vården också ansvarig för att minska besvär och symtom under vårdtiden. Det kan exempelvis handla om att avhjälpa ödem, hantera andnöd och på olika sätt hantera andra symtom som uppkommer (Perpetua & Keegan, 2021; Sotto, 2021). Vid observation eller undersökning som kan göras av sjuksköterskor ingår att observera kliniska tecken på övervätskning vilket kan yttra sig som bland annat perifera ödem, andningspåverkan såsom andnöd (Butler, 2014; Sotto, 2021 Strömberg, 2019). Även monitorering av personens puls och blodtryck är en viktig åtgärd för att detektera försämringar. Elektrokardiogram kan visa eventuella arytmier, vilket är vanligt hos personer med hjärtsvikt. Det är även viktigt att observera personens andningsfrekvens, och ifall andningen är ansträngd, exempelvis i liggande position, så kallad ortopné (Butler, 2014).

Personer med hjärtsvikt i vården

Inom primärvården, exempelvis vårdcentraler, vårdas personer med hjärtsvikt utan pågående akut försämring. Primärvården hjälper till personen med det mesta kopplat till hjärtsvikten och behandling av denna, såsom samtal om livsstilsförändringar, utbildning av personer och deras anhöriga, läkemedelsbehandling, arbetsterapi och fysioterapi (Drennan & Goodman, 2014).

Det finns förutom vårdcentraler finns även specialiserad hjärtsjukvård (Persson, 2012; SOS, 2015). I öppenvården finns specialistmottagningar inom hjärtsjukdomar som kan behandla en person vidare efter en akut fas av hjärtsvikt. Där arbetar vanligen specialistläkare och specialistsjuksköterskor som kan hjälpa till med läkemedelsjusteringar, uppföljning, stöd till egenvård och information (Persson, 2012). Det finns även specifika hjärtsviktsmottagningar dit personer som drabbats av hjärtsvikt kan gå (Buchan, 2017;

Strömberg, 2019). De kan få hjälp med uppföljning av egenvård, symtom och läkemedel (Strömberg, 2019) samt erhålla utbildning och delta i rehabiliteringsprogram (Buchan, 2017). Dessa leds ofta av sjuksköterskor (Strömberg, 2019). Det finns även öppenvård som har speciella program för personer med hjärtsvikt ledda av specialistsjuksköterskor, som bland annat bidrar med utbildning om sjukdomen och ger möjlighet att prata om rädslor och tankar kring sjukdomen (Peate et al., 2012). Sjuksköterskan ansvarar inom hjärtsviktsmottagningar för att informera om symtom och läkemedelsbiverkningar samt att följa upp personens blodtryck och puls, i och med att en del hjärtsviktsläkemedel kan påverka dessa. På mottagningarna kan sjuksköterskan genom information och utbildning främja personernas egenvård för att förebygga återinläggning på sjukhus på grund av försämringar (Strömberg, 2019).

Hjärtsvikt som hanteras i primärvården är mer kontrollerad än vad den är i det akuta stadiet. Vid akut försämring av en persons hjärtsvikt ser vården därför annorlunda ut på akuta vårdenheter jämfört med i primärvården. I det akuta skedet tas en kardiovaskulär status för att bedöma personens tillstånd (Peate & Dutton, 2021). Medicinsk historik genomgås och en fysisk bedömning görs där personen blir bedömd av sjukvårdspersonal utifrån ABCDE, vilket står för Airway, Breathing, Circulation, Disability och Exposure. Kortfattat görs bedömning av om personen har fria luftvägar och hur personen andas (hjärtsvikt kan ge andningspåverkan). Det görs även en bedömning av personens cirkulation, vilket ofta är mycket påverkat vid hjärtsvikt. Där kontrolleras aspekter som hudfärg och temperatur, eventuella ödem, eventuell dehydrering, urinproduktion, blodtryck, puls, och undersökning görs ofta med elektrokardiogram för att bedöma allvarlighetsgraden av hjärtsviktens påverkan. Vidare kontrolleras personens neurologiska status och en påverkan på hjärnans cirkulation kan ge symtom som obehag och förvirring. Dessutom säkerställs att personen är skyddad från eventuell påverkan från omgivning och en bedömning görs av personen utifrån eventuella fynd på kroppen som kan indikera påverkan på hjärta och cirkulation (Ostermann & Sprigings, 2018; Peate & Dutton, 2021).

Teoretisk utgångspunkt

Enligt McCormack & McCance (2017a) är personcentrerad omvårdnad ären teori som bygger på ömsesidig respekt mellan vårdgivare och vårdtagare samt att det finns en förståelse från vårdgivarens sida kring att varje individ de vårdar är en unik person med individuella erfarenheter, resurser och behov. Målet är att hjälpa personer att själva inse vad just de själva vill och behöver, och att som sjukvårdspersonal vara stöttande i detta. Teorin om personcentrerad omvårdnad ansågs väl passande för studien eftersom den beskriver en helhetssyn på vården och personen som mottager vården. Det är denna helhetssyn från ett personperspektiv om livet med hjärtsvikt som detta arbete syftar till att beskriva, och att centrera personerna är därför väsentligt. McCormack & McCance (2017a) beskriver teorin vidare genom att förklara att personcentrering i grunden är - översatt från engelska - utgjort av fyra sätt att vara på; att vara i relation, att vara i en social värld, att vara på plats och att vara med sig själv.

Att vara i relation innebär enligt McCormack & McCance (2017a) att fokuset lägga på relationer och att låta dessa frodas på ett sätt som tillåter. Relationer är en del av att vara en person, och relation-centrerad omvårdnad där omvårdnadsrelationen ses som det centrala ingår i personcentrerad omvårdnad som helhet. Att vara i den sociala världen innebär att vara kopplad till världen runt omkring sig och att det är genom den som personer kan skapa mening i sina liv. Att vara på plats beskriver författarna som miljön där

omvårdnaden ges, att omvårdnadsmiljön har en stor påverkan på patienter och att människor har många känslor kopplade till olika platser. Detta har en påverkan på personer och därför är det viktigt att just miljön får ta plats inom personcentrering. Sist förklarar författarna konceptet att vara med sig själv, ett behov av att bli sedd som en person vilket inger en känsla av respekt. Detta innebär att få sina värderingar respekterade, att det som verkligen är viktigt för en person får ta plats och på så sätt kan personen se en mening med sin vård och bli mer involverad. Det är det mest centrala inom McCormack & McCance's personcentrerade omvårdnadsteori (McCormack & McCance, 2017a).

Delvis baserat på detta har McCormack & McCance (2017b) utvecklat ett ramverk kallat Person-centered Practice Framework, som baseras i stor del på just relationer mellan patienter och vårdgivare samt andra viktiga personer. Det som lägger grunden för ramverket är att sjukvårdspersonalen är kompetent i sin profession, är engagerad i yrket och har tydlig kunskap om värderingar och känner sig själva. Detta samspelar med vårdmiljön, som bara kan bli personcentrerad om det föreligger delat beslutstagande mellan vårdgivare och vårdtagare, bra relationer mellan personalen, förbättringsarbeten och en konstant förbättring av den fysiska miljön där sjukvården äger rum. Det kan till exempel vara på sjukhuset, på äldreboendet eller på vårdcentralen. För att knyta ihop säcken och få ut personcentrerade resultat i vården krävs därmed att sjukvården ser hela människan och ger vård utefter detta, att patientens åsikter och värderingar tas i åtanke när vården ges och att de får vara delaktiga i sin vård samt att vårdpersonalen är empatiskt kompetent och visar ett genuint engagemang för patienten (McCormack & McCance, 2017b). Allt detta leder enligt McCormack & McCance (2017b) till att patienten upplever en god vård och känner sig involverad och på så sätt upplever ett ökat välmående och tillit för vården.

Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser, vilka är beskrivningar av grundpelarna för sjuksköterskans profession. Det är ett arbetssätt där sjuksköterskan tillåts se hela personen och kan på så vis ge individanpassad omvårdnad. Sjuksköterskan respekterar personens kompetens i sin egen sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). En sjuksköterska som arbetar personcentrerat skapar enligt McCance et. al (2011) en vårdrelation med personen och inkluderar andra professioner i detta samt närstående till personen som hen önskar ska vara delaktiga. Det är en relation som bygger på ömsesidig respekt och tillit för varandras kompetenser och kunskaper, både från personens och sjuksköterskans sida. Genom att implementera denna personcentrerade vård kan obalansen i vården minska och istället fokusera på hela människan genom en holistisk lins (McCance et al, 2011). Grover et al (2022) förklarar att personen då stöttas i sin roll och tillåts ta informerade och aktiva beslut i sin vård istället för att gå in i den traditionella passiva mottagaren av omvårdnaden.

Personcentrerad vård strävar efter att vårda hela personen med alla dess andliga/existentiella, sociala och psykiska behov såväl som de fysiska och medicinska. Personens upplevelse och uppfattning om sin hälsa och sjukdom lägger grunden och styr vården, det är inte bara läkare och sjuksköterskor som bestämmer vad personen behöver (SSF, 2010). Enligt Grover et al. (2022) blir personcentrerad vård allt mer accepterat och implementeras mer och mer inom omvårdnaden och ses som en central del i omvårdnaden. Vidare förklarar författarna hur personcentrerad omvårdnad kan förebygga återinläggning av personer och deras välmående över lag samt kortar ner sjukhusvistelser. Sjukvårdspersonal ska inte lägga värde i vad personer väljer för sin egen hälsa, utan istället

se till att de har den evidensbaserade informationen de behöver för att kunna göra informerade val som passar just dem (SSF, 2010).

Upplevelse

Svenska Akademiens ordbok (2011) definierar ordet upplevelse som att vara med om något och få intryck av detta. Det är intryck och känslor som kan kännas i samband med fysiska och mentala stimuli. Smak och känslor kan upplevas, men även situationer, samband och erfarenheter. Dessa påverkar en på olika sätt. Vidare menar Svenska akademins ordböcker (2021c) att upplevelse innebär att vara med om något, vilket också är synonymt med att erfara något. Detta beskrivs som att en person blir medveten om något genom att själv erfara det.

Person och patient

Person, jaget, subjektet, eller självet är tre benämningar för samma betydelse. En person har inte bara ett medvetande utan också ett självmedvetande, vetande, en kropp och handlar utifrån sin yttre värld. En person har utvecklats utifrån sin egen historia och får en bestämd personlighet med karaktärsdrag och hållningar. Till skillnad från exempelvis djur, hålls personer oftast ansvariga för sina handlingar men tillskrivs också rättigheter (Grøn et al., 1988). Av Svenska akademins ordböcker (2021a) beskrivs en person som en mänsklig varelse, en människa. En människa beskrivs i sin tur som en skapare av kulturer och samhällen, som besitter talförmåga och hög intelligens.

Enligt Svenska Akademiens ordböcker (2021b) är patient en person som är föremål för medicinsk eller psykiatrisk vård. I denna uppsats används ordet person för att beskriva individer i och utanför en vårdkontext. Där ingår begreppet patienter som är en roll som personer erhåller när de får sjukvård. En person är inte alltid en patient, men en patient är alltid en person.

Problemformulering

Då hjärtat är avgörande för människors överlevnad innebär en hjärtsviktsdiagnos att leva med en livshotande sjukdom. Att som person med hjärtsvikt inte bli förstörd och få sina behov mötta av sjukvården kan innebära en bristande behandling. Sjukdomen är komplex och många symtom medföljer som inte alltid är synliga med ögat. För att ge en god vård och behandling måste sjuksköterskor inte bara se till det medicinska och fysiska tillståndet, utan även ta hela personen och dennes livssituation i beaktning. I vårdsammanhang idag lägger vårdpersonal oftast störst vikt vid att uppmärksamma och behandla symtom. Detta är förstås inte fel men en djupare förståelse och bredare syn på människan som lever med hjärtsvikt skulle kunna förbättras. Betydelsen av att förstå hur personer med hjärtsvikt upplever sitt liv med hjärtsvikt ur ett helhetsperspektiv är därför stor för att vårdpersonal ska kunna arbeta personcentrerat, då det inte enbart är fysiska symtom som dessa personer upplever. För att skapa en fördjupad förståelse av personernas upplevelser och därmed deras behov krävs det mer klarhet kring hur hjärtsvikt påverkar personer psykosocialt, andligt och fysiskt för att öka förståelsen hos sjukvårdspersonalen för personens behov och hur dessa kan mötas och uppfyllas. Att sammanställa personers egna upplevelser ger en bredare kunskap som kan appliceras på individnivå.

Syfte

Syftet var att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt.

METOD

I följande avsnitt beskrivs studiedesign och urvalsprocess samt datainsamling och dataanalys. Kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna samt forskningsetiska överväganden lyfts. Den valda studiedesignen var en icke-systematisk litteraturöversikt, där datan samlades in och analyserades genom en integrerad dataanalys i enlighet med Kristensson (2014). Kvalitetsgranskningen utfördes med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för klassifikation av kvalitet, modifierat av Berg (1999) samt Willman (2016) som grund.

Design

Den valda studiedesignen är icke-systematisk litteraturöversikt. I en litteraturöversiktsstudie samlas data in från vetenskapliga artiklar för att sammanställa en slutlig analys. I en icke-systematisk litteraturöversikt ställs lägre krav än i en systematisk litteraturöversikt gällande hur systematisk översikten är och att *all* relevant forskning inom området inte måste inkluderas. Alltså ger en systematisk litteraturöversikt högre tillförlitlighet på resultatet (Kristensson, 2014). I denna icke-systematiska litteraturöversikt summerades och bedömdes källor utifrån specifikt valda kriterier och sökningar för att beskriva det specifika ämnet (Lobiondo-Wood & Haber, 2022). Däremot utfördes arbetet och sökningarna systematiskt och resultatet kunde ändå ge viktiga kunskaper (Kristensson, 2014). Denna studiedesign valdes för att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Genom att flera artiklars resultat sammanställdes till ett resultat kunde en sammantagen bild av personers upplevelser fastställas utifrån analyserade källor för att ge en så nyanserad bild som möjligt.

Urval

I urvalet valdes 17 vetenskapliga artiklar ut, vilka kom att ligga till grund för arbetets resultat. Dessa artiklar byggde på forskning av olika slag från olika delar av världen och valdes utifrån specifika kriterier för att passa arbetets syfte och för att resultatet skulle bli så trovärdigt och tillförlitligt som möjligt.

Avgränsningar

I arbetet användes endast empiriska studier, det vill säga primärkällor och därmed originalarbeten samt originalmaterial från forskning. Originalartiklar är artiklar som framtar ny forskning och som inte baserar sig på andras resultat, utan på en egen datainsamling och analys (Lexell & Brogårdh, 2020). Inga sekundärkällor användes. Originalkällor användes för att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt (Kristensson, 2014). Vidare inkluderades enbart artiklar skrivna mellan år 2012–2022 då föreliggande studie var ämnad att baseras på senaste forskningen. Dessutom användes enbart artiklar skrivna på engelska eller svenska på grund av språkkunskaper.

Sökningarna begränsades till att enbart inkludera peer-reviewed artiklar innehållandes vuxna personer över 18 år. Peer-reviewing stärker tillförlitligheten för innehållet av en studie, och är egentligen ett krav för publicerade vetenskapliga artiklar (Kristensson, 2014). Studierna som artiklarna grundas på inspekterades även för etisk granskning, det vill säga att de blivit granskade av en etisk prövningsmyndighet eller organisation. Med

dessa kriterier kunde sökningen avgränsas för att det aktuella syftet kunde skulle kunna besvaras (SBU, 2020).

Skillnad i sökningar kommer ej göras vad gäller kvantitativ och kvalitativ forskning. Om artiklarna passar med och besvarar syftet i föreliggande studie och bedöms som kvalitetsmässigt starka kommer de inkluderas. Enligt Lexell & Brogårdh (2020) syftar kvalitativa studier för det mesta att besvara och underöka personers upplevelser, tankar och känslor. Detta kan framkomma i intervjuer där personerna får prata fritt, observationer m. m. (Lexell & Brogårdh, 2020). Detta är passande när man vill få en utvidgad och djupare förståelse för något (Björklund & Paulsson, 2014). Kvantitativa studier, å andra sidan, grundar sig på mätbar information som kan sammanställas i siffror, där lämpar sig olika mätinstrument och enkäter som datainsamlingsmetod (Björklund & Paulsson, 2014).

Inklusionskriterier

De studier som var av intresse var dem som beskrev upplevelser av att leva med hjärtsvikt från ett personperspektiv. Artiklarna som valdes var dem som behandlade ämnen som symtom av hjärtsvikt och det som personerna själva upplevde var problem i deras liv orsakade av hjärtsvikten. Studierna inkluderade vuxna personer från och med 18 år.

Exklusionskriterier

Artiklar som inte var peer-reviewed och/eller granskade av en etisk prövningsmyndighet eller organisation exkluderades. Till exklusionskriterierna hör vidare att artikeln på något sätt beskriver andra personers eller professioners perspektiv av att leva med hjärtsvikt, såsom sjukvårdspersonal eller anhöriga, då föreliggande studie enbart ämnade att besvara personerna som drabbats av hjärtsvikts upplevelser. Därför exkluderades artiklar som enbart beskriver andras perspektiv än personen med hjärtsvikts.

Datinsamling

Tabell 2. Sökningar som ledde till inkludering av artiklar:

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Inkl. artiklar
15/11–22 PubMed	((heart failure[Title/Abstract]) AND (experience[Title/Abstract])) AND (patient[Title/Abstract])	2012-2022 Adult 19+ år English	698	21	12	7
15/11–22 CINAHL	((heart failure) AND (experience)) AND (patient)	2012-2022 Adult 19+ år English Peer-reviewed	834	20	16	6
25/11–22 CINAHL	Heart failure AND quality of life AND patient experience	2012-2022 Adult 19+ Peer-reviewed	43	2	2	2
18/11-22 PubMed	Patients experiences of living with heart failure	2012-2022 Full text English	169	6	5	1
20/11-22 PubMed	(heart failure [MeSH Terms]) AND (patient	2012-2022 Full text English	15	1	1	1

	experience[Title/Abstract])	All Adult 19+				
Totalt			1 759	50	36	17

Datansamlingen skedde via noggrann sökning efter vetenskapliga artiklar genom databassökningar i PubMed (Publisher Medline) och CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Enligt Östlundh (2022) är PubMed och CINAHL två akademiska databaser vilka tillhandahåller olika typer av källor såsom artiklar, böcker och rapporter inom valda områden. PubMed tillhandahåller källor inom medicin och hälsa, och CINAHL tillhandahåller källor inom omvårdnadsvetenskap. Dessa två databaser bedömdes lämpliga för detta arbete eftersom databaserna tillhandahåller information inom relevanta områden för detta arbete, och de bedömdes som optimala för arbetets syfte. Minst 15 relevanta artiklar inkluderades i studien, och för att analysen skulle baseras på så trovärdiga fakta som möjligt. Sökningarna i CINAHL och PubMed ligger till grund för den data som utgjorde arbetets resultat (Östlundh, 2022). En förutsättning för att hitta relevant litteratur, är att ha utarbetat en sökstrategi. Denna sökstrategi som användes till denna uppsats bidrog till att svara på uppsatsens syfte. I sökstrategin fanns utarbetat vilka sökord som skulle användas, var artiklar söktes, vilka inklusions- och exklusionskriterier som gällde och vilka typer av resultat som söktes (Kristensson, 2014).

Det första steget innebar att läsa igenom abstracts för olika artiklar för att på så sätt kunna avgöra vilka artiklar som var lämpliga för arbetet. I nästa steg lästes de utvalda artiklarna i sin helhet, och ytterligare artiklar sällades fram som de bäst lämpade för detta syfte. Totalt 17 artiklar valdes ut efter att ha frambringat information som svarade på studiens syfte. Det sista steget var att fortsätta granska de utvalda artiklarna, genom att läsa dem i sin helhet och att bedöma kvaliteten på artiklarna.

Genom sökningar i databaserna, utifrån valda urvalskriterier kunde sökresultaten granskas. Där kunde sådana artiklar som var relevanta för arbetet sparas, och sådana artiklar som bedömdes irrelevanta kunde sällas bort (SBU, 2022). På så sätt kunde materialet tas fram som kom att ligga till grund för den litteraturöversikt som utarbetades (se de fullständiga databassökningarna i bilaga A).

Kvalitetsgranskning

Sophiahemmet Högskola har utformat ett bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, vilket användes i arbetets databearbetning. Bedömningsunderlaget är modifierat utifrån Berg (1999) samt Willman (2016). Underlaget består av en granskningsmall innehållande ett antal kriterier som artiklar bedömdes genom, och därefter betygsattes utifrån kvalitet. De olika betygen varierade mellan hög kvalitet, medel kvalitet och låg kvalitet (se bilaga B) och användes för att poängsätta artiklarna på en skala från I-III, där I är bästa kvalitén och III är sämsta kvalitén. För att studien skulle baseras på så hög kvalitet som möjligt valdes enbart artiklar som föll inom ramarna för kvalitet I eller II. Artiklarna bedömdes och endast artiklar med hög- eller medel kvalitet användes i det slutgiltiga resultatet.

Artiklarna som samlats in delades upp författarna emellan och granskades enskilt för att sedan redovisas för varandra och diskutera klassificeringen. I de fall författarna var oense om klassificeringen gick detta att lösa genom förklaringar till varför båda hade tänkt som

de gjorde. När båda parter förstod och var nöjda med klassificeringen tilldelades alla artiklar sin klassificering mellan I och II.

Forskningsetiska överväganden

Forskning ska vara fri från värderingar, med det menas att den ska vara objektiv så långt det är möjligt. Arbetet baserades på en grund av godhetsprincipen; att forskningen ska göra gott och tillföra något nytt till omvårdnadsvetenskapen för att förbättra sjukvården på ett tillförlitligt sätt. Sjuksköterskestudenter som arbetar med och studerar omvårdnad följer även International Council of Nurses [ICN:s] etiska kod för sjuksköterskor samt Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad. Arbetet och granskningen skedde sanningsenligt och utan att plagiera. Det som skrivs är egna analyser och hantering av källorna skedde på ett transparent sätt för att säkerställa trovärdigheten i litteraturöversiktsstudien (Olsson & Sörensen, 2011).

När forskning bedrivs måste de mänskliga rättigheterna skyddas. Detta inkluderar rätten av själv bestämma över sitt deltagande, rätten till värdighet och integritet, rätten till självbestämmande och konfidentialitet, rätten till rättvis behandling och rätten till skydd från skada och obehag. För att värna om dessa mänskliga rättigheter är samtycke en grundpelare för att kunna säkerställa skyddet samt att erhålla godkännande från en etisk prövningsmyndighet. Vidare måste forskare visa särskild hänsyn till människor i speciellt utsatta positioner så som äldre, barn, personer med fysiska- och/eller kognitiva nedsättningar samt personer som inte talar samma språk (Lobiondo-Wood & Haber, 2022).

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) reglerar att forskning kräver prövning och godkännande ur etiska aspekter gällande forskning som bedrivs med människor och biologiskt material från människor. Lagen beskriver bland annat att forskning endast får godkännas om den kan genomföras med respekt för människovärdet, att forskningen måste ta hänsyn till mänskliga rättigheter och grundläggande friheter, och att forskningen endast får genomföras om det vetenskapliga värdet överväger eventuella risker för att människors hälsa, integritet och säkerhet hotas. Lagen gäller inte för arbete som bedrivs inom ramen för högskoleutbildning, vilket gör att detta arbete inte kommer kräva särskild etisk prövning. Däremot är det fortsatt viktigt att arbetet utförs med hänsyn till de beskrivna forskningsetiska principerna.

Litteraturstudien bedrevs på så sätt att de forskningsetiska kraven som nämndes ovan kunde tillgodoses genom att bibehålla ett konstant forskningsetiskt tankesätt genom hela processen. Åtgärder vidtogs för att ta reda på om och hur varje artikel kvalitetsgranskats och etikprövats innan den publicerades samt av vem/vilka/vilken organisation. Detta utfördes genom att artiklarna själva tog upp att de hade etikprövats. Om detta ej framkom besöktes tidsskriften online för att hitta information om etikprövning. Det var av stor vikt att artiklarna nämnde hur de rekryterat personer med hjärtsvikt till studien samt hur de fått information om studien och sina rättigheter samt om personer hoppade av studien och i så fall varför. Detta för att undvika att stödja studier som baserats på forskning där deltagarna känner sig illa behandlade eller fått sina rättigheter brutna. Genom studiens gång sågs personerna som individer och förståelse fanns kring det faktum att deras upplevelser är sanna och ska respekteras.

Dataanalys

Studien baserades på data från andra vetenskapliga artiklar. Artiklarna är utvecklade av andra forskare och sammanfogades tillsammans för att slutsatser skulle kunna dras.

När en vetenskaplig artikel användes var det själva resultatet som användes till föreliggande studies resultat. Bakgrundsdelen i artiklar baseras på annan forskning och kunskap vilket gör att den delen inte användes till arbetets resultat. Analyseringen av den insamlade datan gjordes i flera steg enligt en integrerad dataanalys, där resultatet ställde upp fynden med varandra och relaterade dem – de integrerades - för att lättare visa samband (Kristensson, 2014). De artiklar som ej föll inom ramarna för studien eller som ej höll kvalitetsmässigt sorterades bort.

För det första lästes artiklarna i sin helhet för att utmärka olikheter och likheter. All data som var relevant för studien skrevs ner och jämfördes med resten av datan för att hitta kopplingar och olikheter i enlighet med den integrerade dataanalysen. För det andra skedde en identifiering av återkommande information som delas in i kategorier eller teman. Informationen i studierna märktes och samlades alltså in under tilldelad kategori. De teman som identifierades markerades med färgen enligt en färgkodning för att kunna skilja de olika teman från varandra och kategorisera dessa. För det tredje sammanställdes alla fynd under respektive kategori eller tema. När datan sammanställdes och komprimerats genom att de olika artiklarna nämnt samma eller liknande upplevelser var resultatet färdigt och kunde diskuteras från en personcentrerad teoretisk utgångspunkt. Resultatet presenterades först i en tabell med de övergripande teman som funnits och beskrevs därefter mer djupgående i löpande text (Kristensson, 2014).

Resultat

Resultatet är baserat på data från 17 olika vetenskapliga artiklar (se bilaga C), och presenteras i två huvudkategorier vilka är; *Påverkan på livet* och *Fysisk och mental påverkan*. Dessa har i sin tur indelats i underkategorier enligt tabell 3 för att tydliggöra resultatets olika typer av fynd och som sågs vara kopplat till arbetets syfte.

Tabell 3. Resultatets uppdelning i huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Påverkan på livet	Vardagens utmaningar
	Social påverkan
Fysisk och mental påverkan	Fysiska utmaningar och symtom
	Känslomässig påverkan
	Förståelse och kunskap om sjukdomen och vården
	Existentiella erfarenheter

Påverkan på livet

Gemensamt för samtliga studier var att personerna beskrev upplevelserna av hjärtsviktens påverkan på vardagen negativt (Austrin et al., 2022; Checa et al., 2020; Chester et al., 2021; Corcoran et al., 2013; Gowani et al., 2017; Hu et al., 2020; Kimani et al., 2018; Klindtworth et al., 2015; Liu et al., 2014; Moshki et al., 2019; Niklasson et al., 2022; Olano-Lizarraga et al., 2021; Rubio et al., 2021; Salyer et al., 2019; Surikova et al., 2020; Walsh et al., 2018; Zhao et al., 2022). I Surikova et al. (2020) ges exempel på livsmål som kan bli hindrade av sjukdomen, vilket är bland annat att bli föräldrar, dejta, ingå äktenskap eller gå i pension.

Vardagens utmaningar

Flera studiers resultat visar att många ofta upplevde problem med hushållsarbete, fysisk aktivitet och andra enklare sysslor (Checa et al., 2020; Niklasson et al., 2022; Gowani et al., 2017). Många saknade att vara oberoende och upplevde att de inte kunde göra det de brukade kunna göra, vilket de förknippade med livskvalitet. Män tenderade att uppleva större beroende av andra än vad de kvinnliga personerna med hjärtsvikt gjorde (Rubio et al., 2021). Personerna tvingades anpassa sig efter sina symtom, som att ta vilopauser under aktiviteter, utföra aktiviteter långsammare eller att helt avstå från aktiviteter (Niklasson et al., 2022).

Personerna i Klindtworth et al. (2015) upplevde inte att hjärtsvikten begränsade dem i livet. Liu et al. (2014) & Salyer et al. (2019) lyfte fram livskvalitet med hjärtsvikt i en mer positiv bemärkelse, där Liu et al. (2014) visade på god livskvalitet överlag och Salyer et al. (2019) visade att flera personer var nöjda med deras livskvalitet. Ett flertal studier visade att personer upplever svårigheter i att anpassa sin kost för att undvika försämringar i hjärtsvikten (Gowani et al., 2017; Surikova et al., 2020; Zhao et al., 2022). I Surikova et al. (2020) beskrevs svårigheter med att följa livsstilen som rekommenderas för deras sjukdom, då många rekommendationer är grundade sig i västerländsk kultur och vetenskap, och de inte ville sluta äta den kost som hade stor kulturell betydelse för dem.

Majoriteten av personerna i Salyer et al. (2019) upplevde smärtor som påverkade deras arbetsförmåga, trots detta var deras socioekonomiska status en av de sakerna de kände sig mest nöjda med. I kontrast till detta visade en annan studie från Kenya att personer upplevde en finansiell börda av sjukdomen, då alla kostnaderna staplades upp och skapade en cykel av fattigdom vilket i sin tur påverkade sjukdomen negativt (Kimani et al., 2018).

Enligt Checa et al. (2020) och Gowani et al. (2017) ledde användandet av diuretiska läkemedel ofta till mer frekventa miktationer, vilket påverkade flera personer i hur deras aktiviteter och dagliga liv såg ut. I Gowani et al. (2017) beskrevs hur behandlingen med diuretiska läkemedel skapade begränsningar i sociala aktiviteter och i Checa et al. (2020) framkom hur behandlingen med diuretiska läkemedel skapade en önskan om en mer stilla vardag. I Moshki et al. (2019) nämndes att flera personer upplever att hjärtsvikten har kommit med ett flertal positiva sidor, såsom att de tvingats förbättra sina levnadsvanor och beteenden. Däremot visade Olano-Lizarraga et al. (2021) att personerna som ändrade sina vanor på detta sätt upplevde att de tappade greppet om det de brukade ha och att detta skapade en obalans i livet med familj och vänner.

Social påverkan

Familjen upplevdes viktig för många personer och förekom över flera studier (Checa et al., 2020; Gowani et al., 2017; Kimani et al., 2018; Moshki et al., 2019; Olano-Lizarraga et al., 2021; Zhao et al., 2022). Personerna upplevde att socialt stöd, där i familjen och sitt sociala nätverk, var positivt när det kom till att hantera hjärtsvikten (Checa et al., 2020; Kimani et al., 2018; Moshki et al., 2019). Personerna med gott socialt stöd upplevde styrka medan personerna utan socialt stöd upplevde depression och sämre livskvalitet (Checa et al., 2020), och kunde även ge personerna en känsla av sammanhang och erhålla uppmuntran (Kimani et al., 2018). I Moshki et al. (2019) beskrivs hur hjärtsvikten tvingade personerna att spendera mer tid med sina familjer och dela med sig av sina känslor, vilket ledde till att de kände närhet till andra. Detta upplevdes även vid sjukhusbesöken, då personerna kunde träffa andra personer i en liknande sits och på så sätt kunde känna sig förstådda och stötta varandra.

Däremot beskrev flera studier hur relationen till vänner och familj inte bara innebär positiva resultat kopplat till deras sjukdom, utan kunde också vara till viss del problematisk (Checa et al., 2020; Kimani et al., 2018; Olano-Lizarraga et al., 2021; Surikova et al., 2020; Zhao et al., 2022). Flera studier pekar mot att personer med hjärtsvikt ofta känner oro över hur deras sjukdom påverkar familjen och vänner på olika sätt (Olano-Lizarraga et al., 2021; Surikova et al., 2020; Zhao et al., 2022). Andra studier visar även hur sjukdomen kan leda till sämre eller förlorad kontakt med närstående och vänner (Checa et al., 2020; Kimani et al., 2018). I Olano-Lizarraga et al. (2021) beskrivs hur att få stöd av sin familj gav personerna en upplevelse av acceptans för sin situation. Familjen och vännerna medförde även negativa upplevelser, då vissa personer undanhöll sina tankar och känslor från de runt omkring dem, av rädsla att känna sig annorlunda eller bli utstötta. En del av personerna upplevde att de begränsade sina familjers liv men att de samtidigt var väldigt beroende av dem, vilket skapade frustration och ledde till att de drog sig undan. I Surikova et al. (2020) beskrivs hur aktiviteter som tidigare varit viktiga socialt för personerna upplevdes begränsade och vissa upplevde att familjen betedde sig överbeskyddande vilket togs som en underminering av individernas autonomi och sociala status.

Hjärtsvikten upplevdes skapa problem för sociala aktiviteter och arbete vilka var viktiga för personernas livskvalitet (Gowani et al., 2017; Kimani et al., 2018; Olano-Lizarraga et al., 2021; Surikova et al., 2020; Walsh et al., 2018). Yngre individer hade uppfattningarna att om de hade varit äldre så hade deras hjärtsvikt varit mer accepterad, eller om de istället hade sjukdomar som ansågs vara mer typiska för unga, såsom cancer. Många kände att deras förmåga att leva självständigt var starkt förknippad med att kunna engagera sig i sina rutiner och hobbies, men upplevde även att en del av deras identitet var starkt förknippad med deras arbetsförmåga på jobbet (Walsh et al., 2018). I Olano-Lizarraga et al. (2021) beskrevs hur personerna upplevde att det var viktigt att faktiskt kunna arbeta som förut och fullfölja sina sociala roller för att känna sig "normala" och det var viktigt att andra såg dem som normala också.

Fysisk och mental påverkan

Alla studier visade att personer med hjärtsvikt på något sätt upplever fysisk och/eller mental påverkan från deras sjukdom (Austin et al., 2022; Checa et al., 2020; Chester et al., 2021; Corcoran et al., 2013; Gowani et al., 2017; Hu et al., 2020; Klindtworth et al., 2015; Kimani et al., 2018; Liu et al., 2014; Moshki et al., 2019; Niklasson et al., 2022; Olano-Lizarraga, et al., 2021; Rubio et al., 2021; Salyer et al., 2019; Surikova et al., 2020; Walsh

et al., 2018; Zhao et al., 2022). Detta har visat sig på lite olika sätt över de olika studierna men det finns gemensamma nämnare för de flesta studierna, där vissa fysiska- och mentala upplevelser beskrivs på liknande sätt av många deltagare i de flesta studierna.

Fysiska utmaningar och symtom

De flesta studier pekar mot symtom som andnöd eller fatigue/trötthet som bland de vanligaste rapporterade symtomen av deltagarna i studierna (Austin et al., 2022; Checa et al., 2020; Gowani et al., 2017; Hu et al., 2020; Klindtworth et al., 2015; Kimani et al., 2018; Niklasson et al., 2022; Salyer et al., 2019). Även ödem rapporterades av personer i flera studier (Checa et al., 2020; Gowani et al., 2017; Hu et al., 2020; Kimani et al., 2018; Niklasson et al., 2022; Salyer et al., 2019) samt smärtor (Checa et al., 2020 & Salyer et al., 2019). Studier visade att andnöd var ett av de symtom som påverkade personerna mest i det dagliga livet (Austin et al., 2022; Klindtworth et al., 2015). Enligt Checa et al. (2020) & Rubio et al. (2021) påverkade symtomen personerna till att bli mer stillasittande trots rekommendationer om fysisk aktivitet. Rubio et al. (2021) visade också att många personer även där önskade en mer stilla vardag på grund av att personer ville minska risken för en förvärring i sjukdomen. Enligt Liu et al. (2014) stördes den fysiska aspekten av livet mer av hjärtsvikt, än vad den emotionella aspekten av livet gjorde och enligt Niklasson et al. (2022) påverkades personerna i deras vardag av fysiska symtom som ödem, fatigue och andnöd genom exempelvis problem med mobilitet och att gå och lyfta saker.

Studien av Rubio et al. (2021) visade att det fanns ett samband mellan högre NYHA-klassificerad hjärtsvikt och sämre rapporterad livskvalitet. Alltså ju längre fortskriden hjärtsvikt desto sämre rapporterade deltagarna i studierna att de upplevde deras livskvalitet. Progression av sjukdomen var svårt för många personer med hjärtsvikt att identifiera (Corcoran et al., 2013; Kimani et al., 2018; Surikova et al., 2020). Tecken på försämring sågs av många som svåra att identifiera eftersom dessa ofta var subtila (Surikova et al., 2020). I Checa et al. (2020) kunde personer identifiera en försämring i sjukdomen genom att de började känna en ökad trötthet. I Kimani et al (2018) beskrevs hur en gradvis försämring kunde gå obemärkt förbi eftersom personer ibland kopplade symtom med fysiska vardagsaktiviteter. Detta gjorde att personer ibland inte sökte vård förrän sjukdomen hade blivit mer avancerad i försämringen.

Känslomässig påverkan

Personerna i majoriteten av studierna upplevde att hjärtsvikten påverkade deras känsloliv (Checa et al., 2020; Corcoran et al., 2013; Gowani et al., 2017; Kimani et al., 2018; Klindtworth et al., 2015; Olano-Lizarraga, et al., 2021; Surikova et al., 2020; Walsh et al., 2018; Zhao et al., 2022), och flera studier tog vidare upp funderingar kring livet eller livets förändring (Checa et al., 2020; Gowani et al., 2017; Kimani et al., 2018; Klindtworth et al., 2015; Moshki et al., 2019; Olano-Lizarraga et al., 2021; Surikova et al., 2020; Walsh et al., 2018; Zhao et al., 2022).

Sjukdomen och förvärring i sjukdomen framkallade känslor av ångest, rädsla eller depression hos många deltagare i flera studier (Checa et al., 2020; Corcoran et al., 2013; Gowani et al., 2017; Kimani et al., 2018; Klindtworth et al., 2015; Olano-Lizarraga, et al., 2021; Walsh et al., 2018; Zhao et al., 2022). Många deltagare beskrev också känslor av osäkerhet kring sjukdomen och kring deras framtid som en bidragande orsak till sämre psykiskt mående (Klindtworth et al., 2015; Checa et al., 2020; Zhao et al., 2022; Kimani et al., 2018). I studien av Olano-Lizarraga et al. (2021) beskrevs även hur hjärtsvikt gav upphov till känslor som frustration och låg självkänsla, och vissa kände även att de hade

förlorat sin egen identitet vilket berodde på förändringar i deras kroppsuppfattning och även förändringar i relationer, intressen och dagliga aktiviteter. Personer som nyligen blivit diagnostiserade med hjärtsvikt upplevde oro och de kände sig förkrossade över att de hade drabbats av en obotlig sjukdom (Gowani et al., 2017), och flera deltagare i studien av Checa et al. (2020) kände sig ledsna och uppgivna. För personer i flera studier beskrevs en minskad självständighet som en källa till sämre psykiskt mående (Checa et al., 2020; Olano-Lizarraga, et al., 2021; Walsh et al., 2018).

Känslor av osäkerhet kring sjukdomen beskrevs av många personer med hjärtsvikt (Corcoran et al., 2013; Olano-Lizarraga, et al., 2021; Walsh et al., 2018). Enligt Olano-Lizarraga et al. (2021) beskrevs osäkerheten av deltagarna som att det handlade om en osäkerhet kring tillståndet och allvarlighetsgraden av sjukdomsprocessen. I Walsh et al. (2018) beskrevs osäkerheten av yngre personer som att det bland annat handlade om arbetssituationen och vad arbetskollegorna skulle tycka och de upplevde känslor av förlust av kontroll. Deltagarna uttryckte att de kände att de hade förlorat kontrollen när de blev diagnostiserade med hjärtsvikt, och de ville återfå den. Samma behov av kontroll återfanns dock ej hos som fick sin hjärtsviktsdiagnos för längre tid sedan. Yngre personer beskrev också hur de jämförde sig med andra, de kände sig oattraktiva och trodde inte att någon skulle vilja gifta sig med dem (Walsh et al., 2018). Personer med hjärtsvikt beskrev i Checa et al. (2020) att de såg kontrollen av deras sjukdom som extern, och att de faktorer som kan ha påverkat uppkomsten av hjärtsvikt låg utanför deras kontroll vilket gav känslor av desperation. Vissa beskrev också att de kände att de förlorade kontroll när de i och med en förbättring i sjukdomen hade mindre kontakt med hälso- och sjukvården (Checa et al., 2020).

Kimani et al. (2018) och Surikova et al. (2020) beskriver hur förvärring i symtom har givit ett sämre psykiskt mående för många personer med hjärtsvikt. Personer i studien av Surikova et al. (2020) berättar om hur de har haft svårt att hantera försämringar i sjukdomen och därför har väntat med att söka vård i ett försök att stå emot sjukdomen. I Kimani et al. (2018) beskrivs hur förvärring i symtom har resulterat i fler sjukhusvistelser, vilket har givit personer känslor av frustration och hopplöshet. På samma sätt beskrivs hur en förbättring i sjukdomen har givit positiva känslor och även förhoppningar om att bli botade.

Deltagarna i ett flertal studier har beskrivit hur de har haft svårt att hitta acceptans för sjukdomen men även hur en del har lyckats hitta en acceptans och hur detta har hjälpt dem att hantera hjärtsvikten (Corcoran et al., 2013; Gowani et al., 2017; Moshki et al., 2019; Surikova et al., 2020). Deltagare i Corcoran et al. (2013) beskriver hur de har accepterat möjligheten att plötsligt avlida utan att kunna förutse det. I studien av Olano-Lizarraga et al. (2021) beskrev deltagare hur de genom att acceptera sjukdomen kunde erhålla positiva effekter eftersom de då kunde uppfatta det som hände med ett större lugn. Däremot hade denna acceptans tagit lång tid att bygga upp. Vissa personer i Moshki et al. (2019) beskrev hur de har lyckats hitta acceptans för deras identitet genom att höja självsäkerheten kring dem själva i och med sjukdomen. Även i Surikova et al. (2020) använde sig flera deltagare av acceptans för att kunna hantera sjukdomen. De beskrev hur acceptans kunde minska ångest genom att de insåg att risken för att avlida alltid är närvarande. I Gowani et al. (2017) beskrivs hur de deltagare som har levt med hjärtsvikten en längre tid, lyckas hitta en större acceptans för deras situation och hur de ska leva med det.

Många personer i studierna beskrev hur en strategi för att hantera sjukdomen och öka välbefinnandet var att tänka positivt eller att tona ned de besvär som sjukdomen förde med sig (Checa et al, 2020; Corcoran et al, 2013; Klindtworth et al., 2015; Moshki et al., 2019; Olano-Lizarraga, et al., 2021). Andra strategier som användes av personer med hjärtsvikt för att hantera situationen var att visa sig modig (Corcoran et al., 2013), att jämföra sig med andra mer kritiskt sjuka personer och därmed kunna uppskatta sin situation (Moshki et al., 2019), och att ägna sig åt aktiviteter hemma och fokusera på deras relationer för att kunna fokusera på annat än sjukdomen (Checa et al., 2020). I Olano-Lizarraga et al. (2021) beskrev däremot vissa personer hur de istället kände en önskan att få dö, och begå självmord eftersom dem såg det som sin enda chans att få sluta lida.

Förståelse och kunskap om sjukdomen och vården

Överlag hade många av personerna inkluderade i studierna begränsad kunskap om deras sjukdom och dess prognos (Chester et al., 2021; Klindtworth et al., 2015; Liu et al., 2014; Surikova et al., 2020). Vissa rapporterade att de trodde att deras sjukdom berodde på normalt åldrande snarare än på en faktisk sjukdom (Klindtworth et al., 2015). Yngre personer (deltagarna i studien var mellan 38-85 år gamla) visade sig vara mer informerade om deras tillstånd och kunde också i större utsträckning ifrågasätta vårdpersonalens åsikter. Äldre personer däremot visade sig ha svårare att skilja mellan symtom på hjärtsvikt och symtom på normalt åldrande. De behövde också ibland hjälp av deras vårdare för att ta till sig information från vårdpersonal (Rubio et al., 2021).

En ökad förståelse om sjukdomen bland personerna bidrog till en rad positiva effekter, som Liu et al. (2014) och Chester et al. (2021) diskuterade. Bland annat menar Liu et al. (2014) att ökad förståelse om sjukdomen bland personerna med hjärtsvikt kan bidra till en ökad livskvalitet, i och med att de då vet bättre hur sjukdomen och symtomen ska hanteras. Dessutom menar Chester et al. (2021) att en ökad förståelse för sjukdomen på ett bättre sätt möjliggör planering inför framtiden vilket är viktigt för många.

Många personer i studierna hade förväntat sig att bli helt botade (Checa et al., 2020; Klindtworth et al., 2015; Kimani et al., 2018) och i flera studier berättar deltagarna om vissa brister i information och svårigheter i kommunikation mellan vårdpersonal och personen med hjärtsvikt (Checa et al, 2020; Gowani et al, 2017; Klindtworth et al, 2015; Kimani et al., 2018). Studien av Checa et al. (2020) fick fram att deltagare i studien rapporterade att de fått otillräcklig information och hjälp med hur de skulle hantera sjukdomen. Enligt Klindtworth et al. (2015) har vissa äldre deltagare i studien rapporterat om att de från möten med vårdpersonal har fått intrycket av att behandlingsalternativ för sjukdomen har funnits men att dessa inte har erbjudits dem. Vidare fann forskarna att personer med hjärtsvikt hellre ville bli informerade än att inte bli informerade trots sjukdomens allvarlighetsgrad. Personer berättade också om hur vårdpersonalens språk uppfattades som "teknisk" vilket gjorde det svårt att förstå. Detta faktum belystes även av Kimani et al. (2018) som beskrev hur vissa personer med hjärtsvikt hade fått höra från vårdpersonal att de hade ett "hjärtproblem" utan vidare förklaring om tillståndet. För vissa personer var det svårt att hantera den komplexa behandlingen på grund av deras otillräckliga förståelse av hjärtsvikten. De hade till exempel inte förståelse av hur salt påverkar hjärtsvikt och förstod inte vilken mat som skulle undvikas (Gowani, et al., 2017).

Existentiella erfarenheter

I flertalet artiklar nämnde deltagarna sina upplevelser med spiritualitet och livet kopplat till hjärtsvikten. För många var deras tro på Gud en bra sak som hade en positiv inverkan på

deras upplevelse av att vara sjuk i hjärtsvikt (Kimani et al, 2018; Moshki et al., 2020; Olano-Lizarraga et al., 2021). En del upplevde dock existentiella problem, särskilt de unga upplevde att de var för unga för att drabbas av hjärtsvikt (Moshki et al., 2019). Personer upplevde också starka känslor i samband med att bli diagnostiserade och uttryckte känslor av orättvisa och förnekelse. De beskrev sina upplevelser kring existentiella hot som känslomässiga, skrämmande och livshotande. Personerna upplevde att deras intensiva negativa känslor lättade när de lärde sig leva i nuet och slutade bry sig om sin livslängd (Surikova et al., 2020). Deltagarna i Moshki et al. (2019) upplevde att osäkerheten som hjärtsvikten förde med sig ledde till att de uppskattade varje dag i sitt liv, då de flesta kände sig lyckligt lottade att ha överlevt en hjärtinfarkt och kände att de fått en andra chans till livet. Vidare upplevde många personer att det var viktigt för dem att hitta en mening bakom sjukdomen då vissa ansåg det vara ett prov av högre makter. De kände att Gud kunde hjälpa dem hitta denna mening till livet, sjukdomen och döden och många beskrev en förstärkt tro till Gud (Moshki et al., 2019). Personer i två artiklar sade sig uppleva att tron till Gud gjorde det möjligt för dem att lättare acceptera sitt tillstånd och hantera sina symtom och lidandet bättre (Moshki et al., 2019; Olano-Lizarraga et al., 2021). Andra höll sig likgiltiga till sjukdomen och förblev stoiska och lade fram situationen som Guds vilja (Kimani et al., 2022). Personerna i Zhao et al. (2018) upplevde däremot att livet saknade mening och att de var lämnade till ödet och hade därmed en nedsatt spirituellt hälsa.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt. En integrerad dataanalys genomfördes och 17 vetenskapliga artiklar valdes ut och användes för att besvara syftet. Fynden presenterades indelat i två kategorier: begränsningar i vardagen och fysisk och mental påverkan. Underrubriker användes för att tydligare visa mer specifika fynd. Redovisningen och diskussionen av resultaten kommer i denna diskussion reflekteras med McCormack & McCances teori om personcentrering (2017) som teoretisk utgångspunkt.

Resultatet visar att upplevelsorna av att leva med hjärtsvikt varierar stort mellan individer även om de flesta upplevde hjärtsvikten som att det hade en negativ påverkan på deras livskvalitet, då många upplevde rädsla, osäkerhet, bristande kunskap och utanförskap. Det visar sig möjligen finnas många förklaringar till detta, som bland annat ålder, kultur och kön. När detta faktum ses genom McCormack och McCances teori om personcentrering (2017) blir det tydligt varför upplevelsorna har varit olika och varför personerna har sett på deras situation lite olika, trots liknande känslor kring sjukdomen. Enligt McCormack & McCance (2017) är verkligheten den konkreta världen som personer befinner sig i, och denna präglas av personliga meningar och värderingar. Dessa uppfattningar om omvärlden är essentiella för hur personen uppfattar sig själv och hur världen är uppbyggd. En persons livshistoria kan påverka hur personen är idag genom händelser som för personen i riktning mot hur personens liv kommer se ut. Detta kan förklara varför personerna hade så olika upplevelser av aspekter kring sjukdomen trots att de levde med samma sjukdom och prognos.

En annan aspekt som påverkar personers synsätt kring hjärtsvikten var information om sjukdomen och hur den kunde hanteras, vilket starkt påverkade personerna i deras vardag. De personer som kände att de saknade information om sjukdomen, dess behandling och

prognos, upplevde i större utsträckning osäkerhet vilket påverkade deras livskvalitet negativt. McCormack & McCance (2017) beskriver delat beslutsfattande mellan patient och vårdpersonal som en viktig del i den personcentrerade vården, där information till personen är viktig för att delat beslutsfattande ska kunna genomföras. Vårdpersonalen kan möjliggöra att personen får information för att kunna fatta ett beslut tillsammans med vårdpersonalen där personens värderingar och tro tas i beaktning. Detta är av stor vikt då deltagare i de olika studierna förklarade hur deras sjukdom påverkade dem i existentiella, spirituella och andliga frågor. McCormack & McCance (2017) förklarar att personer måste finna mening i sin sjukdom och vård då detta kan hjälpa dem tolerera den oförutsägbara hjärtsvikten, och del personer beskrev hur deras tro hjälpte dem i att hantera sjukdomen med just detta. De behövde hitta en förklaring och mening med varför detta hände vilket då kan vara till fördel eftersom många personer även beskrev hur hjärtsvikten väckte existentiella bekymmer så som frågor kring varför detta hände just dem och känslor av orättvisa.

Förutom de känslor som väcktes av livet med hjärtsvikt och att bli diagnostiserad, hade de flesta personerna i studien stora erfarenheter av olika typer av fysiska symtom som påverkade deras vardag väldigt mycket. Bland de vanligaste rapporterade symtomen finns fatigue, andnöd, ödem och smärtor. Andnöd beskrevs av flera studier som det mest begränsande symtomet eller ett av de mest begränsande symtomen. Att ett symtom begränsade en person innebar bland annat att personen inte längre ägnade sig åt sina dagliga aktiviteter i samma utsträckning. Enligt McCormack & McCances ramverk för personcentrerad omvårdnad (2017) skulle reflektioner kunna göras kring hur sjuksköterskans empatiska omhändertagande kan hjälpa personerna hitta sätt att hantera symtomen på. Eftersom personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (SSF, 2017) innebär föreliggande studie en utökning av kunskapsområdet som finns kring hjärtsvikt, och kan stärka sjuksköterskans förmåga i att arbeta personcentrerat. Detta i och med den givna helhetsbilden som målas upp i studien. När sjuksköterskan får en utökad förståelse för personers symtom och personers upplevelser av dessa symtom och hur de påverkar dem i deras vardag möjliggörs ett samarbete mellan patient och vårdare, möjliggörs en skraddarsydd sjukvård som utförs tillsammans, patient och sjuksköterska emellan. Därefter kan sjuksköterskan utmärka vidare behov av andra professioner.

Personernas upplevelser av hur de kunde hantera sin sjukdom påverkades mycket av deras omgivning, som familj, vänner och sociala nätverk. En del beskrev hur deras religion och tro påverkade hur de såg på framtiden och meningen med det som hände, vilket påverkade hur de kunde hantera sjukdomen och finna acceptans. Personer med ett gott socialt nätverk och en stark tro upplevde att de kunde hantera sin hjärtsvikt bättre än de som inte hade det. Alla bekymmer som medföljer en hjärtsviktsdiagnos hade som nämnt en stor påverkan på personernas vardag och livskvalitet. Resultatet från denna litteraturöversikt visar att majoriteten av personerna som deltog i studierna upplevde att hjärtsvikten begränsade dem i deras vardag och att det störde livets gång. Enligt McCormack & McCances ramverk för personcentrerad omvårdnad (2017) är människor starkt kopplade till den sociala sfären runt om sig och detta hjälper personer att skapa mening med sin plats i världen. Personerna i flera av studierna upplevde problem med att vara beroende av andra och att de blev hindrade i sina aktiviteter och tvingades göra anpassningar som att exempelvis ta en paus för att vila. Flera studier visade också att många hade svårigheter att anpassa sin kost efter hjärtsvikten, så som genom att äta mindre salt och dricka mindre vätska. Däremot upplevde inte alla att deras livskvalitet hade blivit kraftigt försämrad på grund av sjukdomen utan många personer rapporterade också att de överlag hade en god eller ganska god

livskvalitet. Utifrån det personcentrerade ramverket (McCormack & McCance, 2017) kan sägas att ett starkt socialt stöd, förstående och tålamod från omgivningen kan stärka personer med hjärtsvikts plats i den sociala sfären och hjälpa denne att bibehålla den genom ett empatiskt bemötande med tålamod och kunskap om hjärtsvikt. Detta kan underlättas med specialiserade hjärtsviktsmottagningar där sjuksköterskor och/eller annan specialiserad personal kan utbilda personer med hjärtsvikt och främja deras förmåga att ta hand om sin egna sjukdom och på så vis bli mer självständiga (Persson, 2012; Buchan, 2017; Strömberg, 2019). Detta eftersom sjuksköterskan kan utbildda personen som lider av hjärtsvikt i hur just hen kan hantera sin sjukdom, och kan även erbjuda emotionellt stöd och motivation till att leva ett så hälsosamt liv som möjligt, trots sjukdomen. Detta kan även leda till att den kunskapslucka som många med hjärtsvikt upplever kan minskas, och förståelsen för sjukdomen och dess symtom kan ökas.

En litteraturöversiktsstudie som behandlade äldre personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt kom fram till att äldre hjärtsviktpatienter har sämre livskvalitet ur hälsosynpunkt än vad andra äldre personer har utan hjärtsvikt (Falk et al, 2013). Likt fynden i detta arbete upplevde personer i Falk et al (2013) ofta dyspné och fatigue som begränsade dem i livet, vilket gjorde att de blev väldigt beroende av andra (Falk et al, 2013). Fynden i Pratt Hopp et al. (2010) visade att symtom inkluderat andnöd, fatigue, vätskeansamling, depression, viktuppgång och ångest var vanligen förekommande bland personer med hjärtsvikt. Att vara i en beroendeställning och att vara begränsad av hjärtsvikten nämndes vidare i Jeon et al. (2010) där det beskrevs hur hjärtsvikten påverkade många personer i deras dagliga liv genom social isolering, rädsla och förlust av kontroll. Likt denna studie beskrev personerna att de på grund av anpassningar till sjukdomen och fysiska begränsningar, hamnade efter i sociala sammanhang. Falk et al. (2013) kunde utifrån den sammanställda forskningen se att äldre patienter hade svårare än yngre patienter för att uppfatta och tolka sina symtom, vilket är en upptäckt som är värd att notera som inte framkommit i denna studies resultat. Vidare uppgav ett flertal äldre personer en rädsla att vara till besvär för andra och att inte kunna leva självständigt. Welstand et al. (2009) beskriver att personers upplevelser centrerar runt hur hjärtsvikten manifesterar sig och synen på det dagliga livet i kombination med utomstående och självuppfattning. Detta lyfts vidare i Welstand et al. (2009) där personerna i stor utsträckning upplevde att de ville fortsätta leva som vanligt utifrån deras fysiska förmåga, men att de till slut inte längre orkade då det ej var hållbart. Likt resultat från detta arbete upplevdes detta som frustrerande då många ville uppfylla sina tidigare sociala roller (Welstand et al, 2009). Många var tvungna att anpassa sig och hitta nya sätt att leva på utefter den oförutsägbara sjukdomen och det var viktigt för många att hålla sig positiva och fortsätta med livet, och likt denna studie kunde Welstand et al. (2009) hitta vissa könsspecifika upplevelser. Likaså hade familj och vänner både en positiv och negativ påverkan på personernas upplevelser av att leva med hjärtsvikt, vilket även har presenterats i denna studie.

Ytterligare en studie, studien av Jeon et al. (2010), beskriver till stor del ett väldigt liknande resultat jämfört med resultatet av detta arbete. Däremot skiljer sig författarnas arbete på sådant sätt att resultatet från detta arbete inte har genererat några betydande resultat kring personers egenvård, vilket studien av Jeon et al. (2010) gjorde. I stora drag kan sägas att Jeon et al. (2010) stödjer resultatet i detta arbete. Fynden i Pratt Hopp et al. (2010) kan sägas vara väldigt likt resultatet från detta arbete och kan därmed sägas stödja resultatet från detta arbete. Resultaten skiljer sig dock något i det avseende att detta arbete diskuterar existentiella- och spirituella aspekter av livet med hjärtsvikt medan studien av

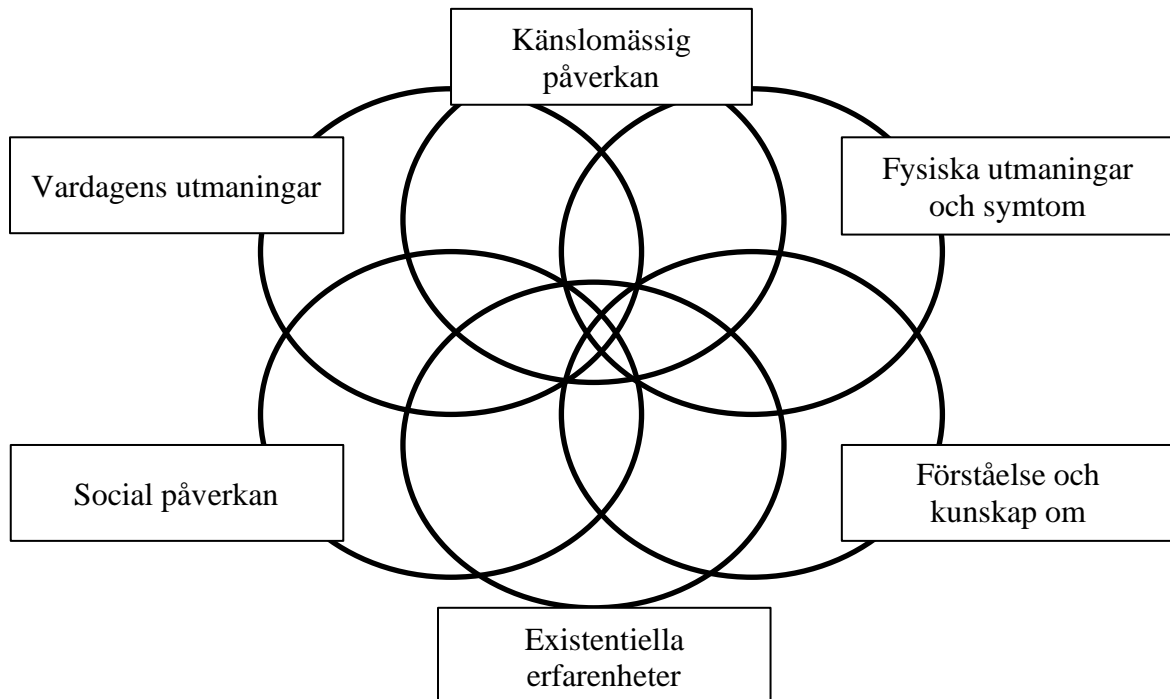
Pratt Hopp et al. (2010) inte gör det i samma utsträckning. Det är värt att notera att Pratt Hopp et al (2010), Falk et al. (2013), Jeon et al. (2010) och Welstand et al. (2009) beskriver liknande upplevelser där paralleller kan dras sinsemellan och kopplas vidare till fynden i detta arbete. Vidare är studierna utförda mellan 2009-2013, vilket ger en blick i hur personers upplevelser såg ut då, eftersom flera artiklar ligger utanför tidsramen för detta arbete. När personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt beskrivs så pass lika över en väldigt lång tid kan det ses som belägg att vidare utforska möjligheterna för hälso- och sjukvården att förbättra personernas upplevelser.

Från resultatet av detta arbete och i jämförelse med andra studier kring samma ämnen, kan sägas att sjukdomen hjärtsvikt har orsakat både fysiskt- och psykiskt lidande för nästan alla drabbade. Graden av tillgänglighet till sjukvård och läkemedel varierar mellan olika länder och olika delar av världen. Enligt World Health Organization [WHO] (2017) har hälften av världens befolkning inte tillräcklig tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård. Dessutom drabbas ungefär 100 miljoner människor i världen av extrem fattigdom på grund av utgifter kopplade till hälsa och 800 miljoner människor runt om i världen lägger 10 procent av sin hushållsbudget på hälso- och sjukvård för dem själva eller för någon i deras hushåll (WHO, 2017). Detta kan betraktas som icke-jämlikt och även oetiskt ur ett globalt perspektiv. De geografiska och ekonomiska förutsättningar en människa föds med är faktorer som kan påverka individens hälsa senare i livet. United Nations Development Programme [UNDP] (2015) har tagit fram 30 globala mål, vilka ska vägleda världens alla länder till hållbar utveckling. Bland dessa mål ingår bland annat minskad ojämlikhet, god hälsa och välbefinnande, och ingen fattigdom. Bristande tillgång till behandling och sjukvård som många i världen upplever stämmer inte överens med de globala målens utformning. Problemen med tillgång till sjukvård och fattigdom grundar sig i djupare problematik är just förståelse för sjukdomen. Däremot kan en ökad uppmärksamhet kring sjukdomens påverkan på människors liv förhoppningsvis leda till en bättre uppmärksamhet för hur livet skulle se ut utan sjukvård och behandling. Det blir tydlig hur många människor som troligen hade upplevt mycket sämre livskvalitet utan behandling, och hur många som kanske inte hade levt idag, och alltså att just detta är verklighet för en stor del av personer med hjärtsvikt runt om i världen.

Med resultaten i åtanke skulle några slutsatser kunna dras gällande sjuksköterskans arbete, både enskilt och i team. Resultatet tydliggjorde hur sjukdomen inte bara påverkar en person fysiskt och genom symtom, utan påverkar ofta personen ur de flesta aspekter av livet. Ofta både ur ett mentalt, socialt och existentiellt perspektiv. Sjuksköterskan kan med denna kunskap i åtanke bli en ännu viktigare brygga mellan patienten och den hjälp personen kan behöva. Sjuksköterskan kan bli ännu mer lyhörd inför exempelvis psykologiska besvär eller existentiella frågor. Då kan sjuksköterskan troligen på ett bättre sätt fånga upp detta behov, och genom sitt teamarbete hänvisa patienten till rätt vård. Kanske kan det handla om att förmedla kontakt med en kurator till personen med hjärtsvikt, eller förmedla kontakt med en religiös person som exempelvis präst, imam eller rabbin om personen efterfrågar det. Genom de fördjupade kunskaperna som resultatet gav, kan sjuksköterskan alltså på bästa sätt använda sina kunskaper inom sin yrkesroll och förbättra det holistiska synsättet på människan.

Underrubrikerna till resultatet illustrerar resultatets olika aspekter av livet som påverkas av att leva med hjärtsvikt. När alla delar integreras kan kärnan i det hela kan ses som "att leva ett begränsat liv". Detta är alla aspekterna som en person med hjärtsvikt upplever i sin vardag; fysiskt, mentalt, socialt och existentiellt. När dessa delar tillsammans hindrar eller

påverkar en människa i dennes vardag kan sägas att sjukdomen riskerar genomsyra människan. Frågan är då om personen med hjärtsvikt är verkligt fri från sin sjukdom ur någon aspekt av livet. Om så inte är fallet, kan vidden av sjukdomens påverkan på människan förstås som väldigt allvarlig och riskerar bli förödande. Det mångdimensionella lidandet blir tydligt, och det holistiska synsättet på människan låter oss se detta.



Kommentar. Venndiagram; illustration över resultatets olika delar och hur dessa kan integreras.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Metoden som valdes för ändamålet var en icke-systematisk litteraturöversikt eftersom det enligt Kristensson (2014) är ett väl fungerande sätt att slå samman information och omvandla den till praktisk kunskap. Metoden möjliggjorde en sammanställning av information som redan fanns tillgänglig i olika databaser och skapade en större och sammansatt bild av det valda forskningsområdet, utan att behöva inkludera all tillgänglig forskning (Kristensson, 2014). Detta var en fördel då tiden var begränsad. Metoden fungerade väl och resultatet blev 18 artiklar om valt område, som gav nyanserade svar på syftet. Enligt Kristensson (2014) blir en litteraturstudie dock mer vetenskapligt trovärdig ju mer systematisk den är eftersom det innebär att mer forskning inkluderas (Kristensson, 2014). Hade denna studie utförts som en systematiskt litteraturstudie hade möjligtvis andra resultat kunnat framkomma, i och med det faktum att fler artiklar från flera länder med andra typer av personer möjligen skulle ha inkluderats. Detta hade snarare förfinat resultaten som funnits i denna studie. Eftersom studien baseras till störst del på kvalitativ forskning kan det inte heller sägas att ett annat resultat skulle vara mer rätt eller fel, eftersom det handlar om subjektiva upplevelser hos människor som ingen annan än de själva kan förklara eller mäta eller bevisa vara sanna. En annan metod hade givit en annan synvinkel på ämnet och kunnat addera värdefulla fynd till det som redan upptäckts.

Sökningarna gjordes i databaserna PubMed och CINAHL. Den totala mängden sökträffar för båda databaserna var 2 008 artiklar. Av dessa valdes 17 artiklar ut baserat på relevans och kvalitet. Mängden artiklar ansågs besvara syftet med studien och valdes noggrant ut med specifikt perspektivet från personer med hjärtsvikt och deras upplevelser i åtanke. Artiklar som inte besvarade studiens syfte, saknade relevans, hade fel perspektiv eller ansågs ha låg kvalitet exkluderades därför. De artiklar som nämner både ett perspektiv från personen med hjärtsvikt likväl vårdpersonalens perspektiv analyserades noga och enbart personerna med hjärtsvikts upplevelser inkluderades i det slutliga resultatet, likväl den artikel som behandlade andra kroniska sjukdomar än hjärtsvikt. De valda inklusionskriterierna var artiklar om personer över 18 år med hjärtsvikt, publicerade mellan år 2012–2022. Artiklar som tog upp personers upplevelser av att leva med fler sjukdomar än hjärtsvikt eller som inte nämnde hjärtsvikt alls exkluderades då detta ej besvarade syftet, såväl som artiklar som föll utanför tidsramen.

För insamling av material till detta arbete användes sökningar för hjärtsvikt generellt, och inte specifik akut- eller kronisk hjärtsvikt. Resultatet baseras alltså på upplevelser av både akut- och kronisk hjärtsvikt och skiljer inte dessa åt. Däremot beror en akut hjärtsvikt i de flesta fall på en underliggande kronisk hjärtsvikt, där en person med kronisk hjärtsvikt exempelvis blivit sämre i sin befintliga hjärtsvikt. Därmed går dessa begrepp ihop för många människor i praktiken, och upplevelserna i detta resultat beskriver både upplevelser av försämringar och upplevelser av livet generellt. Vidare beskriver resultatet upplevelser för personer över 18 års ålder, och skiljer inkluderar perspektiv från yngre såväl som äldre individer. Målsättningen för detta arbete var att få en sammanfattad bild av upplevelserna, och inte att bara beskriva en viss sekvens av sjukdomen eller en specifik ålder. Därför har arbetet inte heller fokuserat på en aspekt av hjärtsvikten eller ett specifikt symptom. Mycket av det materialet som har analyserats har visat sig till stor del behandla äldre med kronisk hjärtsvikt, även fast sökningarna inte riktat sig mot att hitta artiklar som behandlade äldre med kronisk hjärtsvikt. Det har varit det resultat som har framkommit från många studier. Troligt är att detta beror på att äldre med kronisk hjärtsvikt utgör en stor del av alla som har någon form av hjärtsvikt. Med tanke på att en betydande del av resultatet inkom utifrån upplevelser från äldre personer, skulle det också kunnat påverka resultatet. Ifall större del av resultatet kommit från yngre personers upplevelser, hade resultatet kanske sett annorlunda ut. Däremot är det tveksamt ifall det resultatet hade representerat upplevelserna bättre. Om flest personer med hjärtsvikt är äldre (Camm et al., 2016; Kareld, 2020; Socialstyrelsen [SOS], 2018), kan det tänkas rimligt att fler studier i arbetet ska baseras på upplevelser från äldre personer. Detta för att resultatet ska ge en så noggrann bild som möjligt.

Urval görs enligt Rosén (2017) i flera steg, som börjar med en grovsällning efter lästa abstracts. Sedan läses valda artiklar i fulltext och de slutgiltiga artiklarna väljs ut. De artiklar som har lästs i fulltext bedöms utifrån de valda inklusions- och exklusionskriterierna. När en artikel läses närmare i tron om att kriterierna uppfylls, kan det visa sig att artikeln i själva verket inte uppfyller kriterierna. Bedömning av kvalitet är också en viktig del i urvalet för att säkerställa relevant material (Rosén, 2017). I denna studie har processen för datainsamling och urval skett i elighet med Rosén (2017). Urvalet har gjorts med tanke på inklusions- och exklusionskriterierna, studiens design och studiens syfte. Alla artiklar som stämde överens med urvalskriterierna inkluderades. Genom att urvalet har gjorts i flera steg har alla artiklar som valdes varit granskade i flera omgångar, vilket är positivt för arbetets resultat då de baseras på de bäst lämpade studierna för att besvara arbetets syfte. Urvalet har, i enlighet med hur en icke-systematisk litteraturöversikt

är uppbyggd, begränsats och det finns många fler publicerade artiklar som hade kunnat passa arbetets syfte. Det kan ses som negativt men betyder inte att resultatet inte kan vara trovärdigt, tillförlitligt och giltigt. Bland studierna som inkluderas i detta arbete medverkade totalt 1199 personer med hjärtsvikt. Totalt 80 bortfall registrerades från samtliga studier sammanräknat. Detta ger ett totalt bortfall på ca 6,7 procent, vilket har bedömts som acceptabelt för detta arbete för att fortfarande kunna erhålla ett betydande resultat.

En kvalitetsgranskning görs lämpligast utefter prövade granskningsmallar där de vetenskapliga artiklarna som uppnår tillräckligt god kvalitet redovisas (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att öka tillförlitligheten för artiklarna som valdes ut kvalitetsgranskades de i enlighet med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för klassificering och kvalitetsgranskning, modifierat efter Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016). Underlaget poängsätter artiklarna på en skala från I-III, där I är den bästa kvalitén och III är den sämsta kvalitén. Beroende på vilken metod som artiklarna använt sig av klassificerades de utefter faktorer såsom hur många deltagare studien innehöll, hur väl formulerad problemformuleringen och syftet var, hur urvalsmetoden såg ut samt hur resultatet presenterades och hur transparenta forskarna var med att visa alla detaljer i sitt arbete med flera. För att studien skulle baseras på så hög kvalitet som möjligt valdes enbart artiklar som klassats som kvalitet I eller II. Detta innebar att sökningarna begränsades och att artiklar som föll i linje med syftet men ej var tillräckliga kvalitetsmässigt sålldes bort. Detta antogs initialt kunna försvåra insamlingsprocessen av artiklar för studien, men under arbetets gång framkom det att det fanns en tillfredsställande mängd artiklar tillgängliga och det blev därför inte svårare att endast inkludera artiklar av kvalitet I och II. Denna studie har baserats på forskning från ett flertal länder spritt över världen, vilket ger ett internationellt och mångfaldigt perspektiv.

En integrerad dataanalys genomfördes i studien där att de valda artiklarna noggrant lästes igenom i sin helhet. Information som var relevant för syftet samt återkommande teman isolerades och färgkodades och texten kunde på så sätt delas upp med var sin färg utefter dessa teman. När all relevant information för studien hade fått sin kategori sammanställdes allt som färgkodats i resultatet och artiklar som nämnt samma saker under samma teman kunde kopplas ihop i enlighet med Kristenssons (2014) beskrivning av den integrerade dataanalysen som analysmetod. Den integrerade dataanalysen möjliggjorde en sammanställning av artiklarnas resultat så att de kunde integreras och analyseras tillsammans. Detta gav ett nyanserat svar och beskrivning av personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt, för att därefter kunna beskriva detaljer från materialet om så behövs (Kristensson, 2014). Vidare förenklade den integrerade dataanalysmetoden identifieringen av likheter och skillnader mellan artiklarna samt hjälpte till att skapa en röd tråd och förenklade slutsatserna, som annars hade riskerat att bli otydligt för läsaren som hade fått svårt att dra paralleller om artiklarnas resultat presenterades var för sig.

Denna studie kan enbart appliceras i generella aspekter kring personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt. Studien är inte specifik till ålder, kön eller etnisk och kulturell bakgrund och kan därför enbart användas för att allmänt beskriva gemensamma upplevelser över dessa grupper. Vissa resultat var specifika för ålder eller kultur men dessa vad inte menade att väga upp på egen hand för att specifikt kunna beskriva hur en viss åldersgrupp eller viss kultur upplever hjärtsvikten. Med andra ord kan denna studie, och troligen ingen annan enskild studie, beskriva hur hjärtsvikt kommer upplevas för varje specifik person.

Trovärdighet baseras på flera aspekter som tillförlitlighet och giltighet. Giltighet handlar om ifall materialet använt till en studie är stabilt med tiden, och därmed också resultatets stabilitet (Kristensson, 2014). Materialet till detta arbete är insamlat från år 2012–2022, vilket gör att det äldsta materialet som accepterats till arbetet är 10 år gammalt. Till arbetet har detta bedömts som ett rimligt tidsspänn, då en avvägning har gjorts mellan att kunna få tillräckligt med material och att materialet inte ska vara daterat och därmed irrelevant. Detta tidsspänn bedömdes fortfarande generera relevant material trots att vissa artiklar är några år gamla. Tillförlitlighet handlar om riktigheten, eller halten av sanning i resultatet. Det grundar sig i huruvida resultatet enbart återspeglar det insamlade materialet eller om det är färgat av falsk information eller fördomar. Genom så kallad triangulering kan tillförlitligheten kontrolleras eller stärkas. Det innebär att två eller tre personer tillsammans tolkar och analyserar materialet för att skapa ett starkare resultat som inte grundar sig på en persons fördom. Vidare kan tillförlitlighet också stärkas genom insamling av ett djupt och brett material, samt att förtydliga analysprocessen och därmed kunna göra tolkningsprocessen så transparent som möjligt, vilket sker genom noggrann dokumentation (Kristensson, 2014). Tillförlitligheten av detta arbete stärks av genom att detta arbete utförts av två personer enligt Kristensson (2014). Vad gäller variation av urvalet är insamlingen medvetet utformad för att ge perspektiv från olika åldrar och, samt inga begränsningar till exempelvis geografiskt område. Detta har medfört ett resultat baserat på personer från olika länder, kulturer, åldrar och därmed olika upplevelser av sjukdomen, vilket bör öka tillförlitligheten på resultatet. Det finns inget medvetet val av det bredaste och djupaste materialet. Nästan alla studier som användes i arbetet är kvalitativa för att bäst svara på arbetets syfte, och i de flesta fall baserades de på intervjuer, vilket bör skapa ett större djup och kanske bredd än exempelvis ett formulär. Detta bidrar till en ökad tillförlitlighet, men det är möjligt att detta hade kunnat vidareutvecklas för ännu starkare tillförlitlighet. Med både giltighet och tillförlitlighet i beaktning anses resultatet från detta arbete ha en god trovärdighet för denna typ av arbete och tid till förfogande. Trovärdigheten kan också avgöras på artiklarnas kvalitet, vilket har bedömts vid dataanalysen. Endast artiklar av hög- eller medelhög kvalitet har godkänts för att stärka resultatets trovärdighet.

Gällande de etiska aspekterna av studien finns det enligt Kjellström (2017) tre olika aspekter som avgör om en studie kan motiveras ur ett etiskt perspektiv. Det handlar för det första om att studien ska behandla väsentliga frågor, för det andra handlar det om att studien ska ha god vetenskaplig kvalitet, och för det tredje ska den genomföras på ett etiskt sätt. Vad gäller väsentligheten ska en studie inom humanforskningen vara viktig för antingen individen, samhället eller professionen. God vetenskaplig kvalitet innebär bland annat att välja en studiedesign där diskussion, resultat, metod och teorier hör ihop och kan svara på forskningsfrågan. Det är även viktigt att sedan göra riktiga urval och skäligen analyser, vilket bland annat kräver kunskap om den empiri som redan finns. Att studien genomförs på ett etiskt sätt innebär bland annat inhämtande av informerat samtycke, konfidentialitet och ett övervägande kring huruvida risken för individen överväger nyttan för samhället, eller tvärtom (Kjellström, 2017). Detta arbete behandlar en fråga som kan anses väsentligt för omvårdnadsvetenskapens område. Syftet är att bidra till kunskap som är viktig för individen och professionen, och i viss mån även samhället på längre sikt. Denna litteraturöversikt har utarbetats utefter befintlig empiri, vilket har presenterats genom hänvisningar till relevanta källor av högre vetenskaplig nivå. Detta gör att arbetet bör kunna anses uppnå god vetenskaplig kvalitet för en icke-systematisk litteraturöversikt. Detta arbete har inte inkluderat några studiedeltagare vilket gör arbetet enklare ur ett etiskt

perspektiv, detta arbete kräver istället etiska överväganden av de material som används. Kjellström (2017) tydliggör att etiska frågor är viktiga att ta i beaktning även vid utarbetandet av en litteraturöversikt. Kjellström beskriver hur författarna till en icke-systematisk litteraturöversikt kan ha begränsade kunskaper i engelska och metodologi för att göra rättvisa värderingar av artiklarna som insamlats till arbetet. Därför finns risk för feltolkning men också felaktiga skildringar av grupper och deras upplevelser (Kjellström, 2017). Detta faktum utgör en etisk risk kopplat till arbetet. Däremot har denna litteraturöversikt utarbetats under tät handledning av lärare med metodologiska kunskaper, vilket har fungerat motverkande mot feltolkningar. Viktigt är ändå att ha detta faktum i beaktning.

Denna studie har likt alla studier både styrkor och svagheter. En svaghet för en icke-systematisk litteraturöversikt kan vara att de bygger på studier som författaren känner till sedan innan och det finns därför en risk att författaren väljer ut studier som stödjer de egna uppfattningarna (Rosén, 2017). Till detta arbete har artiklar som passat syftet valts ut, och författarna har inte varit bekanta med någon av studierna sedan innan. Däremot finns risk för att författarna blir partiska till sitt eget arbetes fördel, vilket motverkas genom granskningar av andra studiekamrater och lärare. Rosén (2017) lyfter även fram att fördelar med systematiska litteraturöversikter bland annat är att om det är väl genomfört kan ge läsaren tillfälle att själva bedöma trovärdighet och dra egna slutsatser. Detta förutsätter att arbetet bland annat har en tydligt preciserad fråga, är reproducerbart, redovisat systematiska sökningar, kvalitetsgranskning av samtliga analyserade studier samt sammanvägning av resultaten (Rosén, 2017). Målet med detta arbete har varit att uppfylla alla dessa aspekter, vilket även bedöms ha uppnåtts efter handledning. Som nämnt ovan är en annan styrka att arbetet utförts och granskats genomgående av två personer istället för en. Även studiekamrater och lärare har granskat arbetet i omgångar, och bidragit till att göra arbetet bättre ur flera aspekter. Bland de inkluderade studierna fanns även en förhållandevis låg andel bortfall, vilket var till fördel för att få fram mer data för resultatet, och bidrog även till en ökad bredd och djup av resultatet. Även det faktum att artiklar har inhämtats från länder över hela världen, bidrar till ökat djup och bredd och är en styrka för arbetet.

Författarna av denna studie arbetar som undersköterskor på hjärtkliniker och har därför redan en mer eller mindre medveten förståelse för hjärtsvikt och hur sjukdomen påverkar patienter. Detta påverkade inte bearbetningen av informationen som framkom från artiklarna, då författarna strikt höll sig till det som framkom i resultatet och baserat på just den specifika informationen utförde reflektioner och höll sig ödmjuka till det faktum att egna erfarenheter inte är fakta och aldrig ska prägla den forskning som utförs.

Slutsats

Från resultatet kan konstateras att personer som lever med hjärtsvikt påverkas av sjukdomen ur många aspekter. Inte bara fysiska aspekter från symtom, utan även sociala, psykologiska, existentiella samt praktiska aspekter i vardagen. Personen begränsas ofta i sociala kontakter till följd av sjukdomens fysiska begränsningar, och många upplever existentiella och psykologisk påverkan som följd av sjukdomens allvarlighetsgrad och den osäkerhet inför framtiden som ofta kommer med en sjukdom likt hjärtsvikt. Sammantaget kan sägas att hjärtsvikt ofta påverkar livets alla aspekter, och oftast på ett negativt- och begränsande sätt. Resultatet kan tillföra en djupare förståelse för hur livet kan se ut för en

person med hjärtsvikt. Inom omvårdnadsprofessionen kan detta bidra till att exempelvis sjuksköterskor, genom djupare förståelse, också kan anpassa kommunikation och omvårdnad utifrån aspekterna av hjärtsviktens påverkan på individen. Framför allt belyser detta resultat hur sjukdomen kan påverka personen på sätt som inte märks utåt, vilket belyser vikten av att föra dialog med personen med hjärtsvikt kring hur deras sjukdom påverkar dem. Resultatet är en påminnelse om detta och kan underlätta denna dialog. Efter analys ur den teoretiska utgångspunkten kan konstateras att resultatet har en tät koppling till personcentring, och personcentrerad vård. Genom denna teoretiska utgångspunkt har det blivit tydligt hur en sjukdom som begränsar en person kan ge känslor av att tappa fäste från sociala sammanhang. Även att kunna finna någon mening i sjukdomen kan hjälpa personen att hantera den. Dessutom har teorin visat hur viktigt det är att personen eller patienten är informerad om sjukdomen för att kunna fatta informerade beslut och för att personcentrerad vård ska kunna bedrivas. Resultatet skan ses som relevant för de flesta kliniska sammanhang där personer med hjärtsvikt finns, alltså är resultatet överförbart.

Fortsatta studier

Eftersom hjärtsvikt påverkar cirka en till två procent av befolkningen i utvecklade länder (Camm et al., 2016), finns en stor grupp personer som på olika sätt har upplevelser från att leva med sjukdomen. Därför finns fortfarande ett behov av att fortsätta belysa de drabbade personernas perspektiv med tanke på att detta arbete endast har kunnat belysa ett hundratal personers perspektiv. En utökad bild och uppdaterade studier kan behövas för att kunna förbättra och bibehålla en god förståelse för hur livet kan vara för en person med hjärtsvikt.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet från detta arbete kan användas kliniskt ur flera aspekter. För det första kan en fördjupad bild av upplevelserna av att leva med hjärtsvikt tänkas underlätta i bland annat sjuksköterskans arbete. I kontakt med personer med hjärtsvikt kan en sjuksköterska med detta arbetes resultat i åtanke vara mer observant på de presenterade tecknen, symtomen och upplevelserna. Då kan sjuksköterskan snabbare identifiera försämringar eller förbättringar i personens mående generellt genom en ökad förståelse för personernas upplevelser. För det andra kan en ökad förståelse av upplevelsen belysa andra aspekter än fysiska som kan vara till bekymmer för en person med hjärtsvikt. Detta skulle kunna hjälpa personen att bli förstådd och rätt bedömd, om personen exempelvis skulle behöva ett utökat psykosocialt stöd eller utökad praktiskt stöd i hemmet. Genom en ökad förståelse och därmed en bättre vård, skulle detta kunna innebära samhällliga vinster i form av kortare vårdtider och förhoppningsvis lite mer välmående personer med hjärtsvikt. Detta sparar på samhällets ekonomiska resurser och bidrar till en hållbar utveckling i enlighet med de globala målen, om god hälsa och välbefinnande kan uppnås i högre utsträckning och om den ekonomiska tillväxten kan förbättras.

Författarnas bidrag

Båda författarna har i lika stor utsträckning varit delaktiga i utarbetandet av denna icke-systematiska litteraturöversikt.

REFERENSER

Agvall, B. (2020). Hjärtsvikt. I Hedin, K., & Löndahl, M. (Red). *Allmänläkarpraktikan - Hjärt-kärlsjukdomar*. ss. 61–84. Studentlitteratur.

American Heart Association. (2017). Classes of heart failure. Hämtad 17 november 2022, från <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>

Arrigo, M., Akiyama, E., Mebazaa, A., & Perissis, J. (2016). Understanding acute heart failure - Pathophysiology and diagnosis. *European Heart Journal*, 18: G11-G18. DOI: [10.1093/eurheartj/suw044](https://doi.org/10.1093/eurheartj/suw044)

Arrigo, M., Jessup, M., Mebazaa, A., Mullens, W., Reza, N., Shah, A., & Sliwa, K. (2020). Acute heart failure. *Nature Review Disease Primers*, 6(16): DOI: [10.1038/s41572-020-0151-7](https://doi.org/10.1038/s41572-020-0151-7)

Austin, R., Schoonhoven, L., Koutra, V., Richardson, A., Kalra, P., & May, C. (2022). SYMptoms in chronic heart failure imPACT on burden of treatment (SYMPACT) - A cross-sectional survey. *European Society of Cardiology Heart Failure*, 9: s. 2279-2290. DOI: [10.1002/ehf2.13904](https://doi.org/10.1002/ehf2.13904)

Baillie, L. (2022). Klinisk omvårdnad: ett empatiskt och professionellt förhållningssätt. I Baillie, L. (Red.), *Professionell klinisk omvårdnad - En introduktion*, s. 15-53. Studentlitteratur.

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

Björklund, M., & Paulsson, U. (2014). Academic papers and theses – To write and present and to act as an opponent. Studentlitteratur.

Braunstein, J.B., Anderson, G.F., Gerstenblith, G., Weller, W., Niefeld, M., Herbert, R., & Wu, A.W. (2003). Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(7): s. 1126 - 33. DOI: [10.1016/s0735-1097\(03\)00947-1](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(03)00947-1).

Buchan, J. (2017). Breathlessness. I Blythe, A., & Buchan, J. (Red.), *Essential Primary Care*, s. 275-287. Wiley Blackwell.

Bui, A., Horwich, T., & Fonarow, G. (2010). Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 8(1): s. 30–41. DOI: [10.1038/nrcardio.2010.165](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2010.165)

Butler, J. (2014). Chronic Heart Failure. I Olson, K. (Red.), *Oxford Handbook of Cardiac Nursing* (s. 193 - 211). Oxford University Press.

Camm, A., Gersh, B., & Katritsis, D. (2016). Clinical cardiology - Current practice guidelines. Oxford Medical Publications.

Checa, C., Medina-Perucha, L., Munoz, M-A., Verdú-Rotellar, M., & Berenguera, A. (2020). Living with advanced heart failure – A qualitative study. *PLOS One*, 15(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0243974

Chester, R., Richardson, H., Doyle, C., Hodson, F., & Ross, J. (2021). Heart failure – The experience of living with end-stage heart failure and accessing care across settings. *Annals of Palliative Medicine*, DOI: 10.21037/apm-21-709

Corcoran, K., Jowsey, T., & Leeder, S. (2013). One size does not fit all – The different experiences of those with chronic heart failure, type 2 diabetes and chronic obstructive pulmonary disease. *Australian Health Review*, 37: 19-25. DOI: <https://doi.org/10.1071/AH11092>

Cowie, M., Wood, D., Coats, A., et. Al. (1999). Incidence and aetiology of heart failure - A population-based study. *European Heart Journal*, 20(6): s. 421–428. DOI: [10.1053/euhj.1998.1280](https://doi.org/10.1053/euhj.1998.1280)

DiSalvo & Shin. (2013). The clinical syndrome of heart failure. I Semigran, M., & Shin, J. (Red.). *Heart failure*. (2 Uppl.), ss. 208-239. CRC Press Taylor & Francis Group.

Drennan, V., & Goodman, C. (2014). Care of people with long-term conditions. I V. Drennan & C. Goodman (Red.), *Oxford handbook of primary care and community nursing* (2 uppl., s. 551–630). Oxford Medical Publications.

Falk, H., Ekman, I., Anderson, R., Fu, M., & Granger, B. (2013). Older patients' experiences of heart failure – An integrative literature review. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3): 247-255
<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jnu.12025>

Farmakis, D., Parissis, J., Lekakis, J., & Filippatos, G. (2015). Acute heart failure - Epidemiology, risk factors, and prevention. *Revista Espanola Cardiología*, 68(3): 245–248. DOI: [10.1016/j.rec.2014.11.004](https://doi.org/10.1016/j.rec.2014.11.004)

Faris, R., Flather, M., Purcell, H., Poole-Wilson, P., & Coats, A. (2012). Diuretics for heart failure. *Cochrane Library*, 2: DOI: [/10.1002/14651858.CD003838.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003838.pub3)

Forsell, A. (2022). Hjärtsvikt. Hämtad 20 november 2022, från <https://www.hjart-lung.se/diagnoser/hjarta/hjartsvikt/>

Francis, G. (2001). Pathophysiology of chronic heart failure. *The American Journal of Medicine*, 110(7): 37–46. DOI: [10.1016/S0002-9343\(98\)00385-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(98)00385-4)

Gardner, R.S., McDonagh, T.A., & Walker, N.L. (2014). *Heart failure*. Oxford University Press.

Gheorghide, M., & Sang, P. (2009). Acute heart failure syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(7): s. 557–573. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.10.041

Gowani, A, Gul, R., Dhakam, S., & Kurji, N. (2017). Living with heart failure – Karachi exploratory study. *British Journal of Cardiac Nursing*, 12(12). DOI: <https://doi.org/10.12968/bjca.2017.12.12.586>

Greene, S., Butler, J., Spertus, J., et. Al. (2021). Comparison of New York heart association class and patient-reported outcomes for heart failure with reduced ejection fraction. *Journal of the American Medical Association Cardiology*, 6(5); s. 522–531. DOI: [10.1001/jamacardio.2021.0372](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.0372)

Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F., et. Al. (2022). Defining and implementing patient-centered care - An umbrella review. *Patient Education & Counseling*, 105(7): s. 1679–1688. DOI: [10.1016/j.pec.2021.11.004](https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004)

Grøn, A., Husted, J., Lübcke, P., Alstrup Rasmussen, S., Sandøe, P., Stefansen, N.C., & Bengtsson, J. (1988). I Lübcke (Red.) *Filosofilexikonet* (J. Hartman, Övers.). Forum. (Originalarbete publicerat 1983).

Gulea, C., Zakeri, R., & Quint, J.K. (2021). Model-based comorbidity clusters in patients with heart failure: association with clinical outcomes and healthcare utilization. *BMC Medicine*, 19(1). DOI: [10.1186/s12916-020-01881-7](https://doi.org/10.1186/s12916-020-01881-7)

Gunnarsson, I. (2017). Referenshantering med EndNote. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 439–456). Studentlitteratur.

Hu, Y., Jiang, J., Xu, L., Wang, C., Wang, P., Yang, B., & Tao, M. (2020). Symptom clusters and quality of life among patients with chronic heart failure – A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*, DOI: <https://doi.org/10.1111/jjns.12366>

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi [IHE]. (2021). Kostnader för hjärt-kärlsjukdom i Sverige 2019. (2021:4). https://ihe.se/wp-content/uploads/2021/06/IHE-Rapport-2021_4.pdf

Jeon, Y-H., Kraus S-G., Jowsey, T., & Glasgow N-J. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *Biomedicine Central Health Services Research*, 10(77). DOI: [10.1186/1472-6963-10-77](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-77)

Jones, N.R., Roalfe, A.K., Adoki, I., Hobbs, F.D.R., & Taylor, C.J. (2019). Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 21(11): s. 1 306 - 1 325. DOI: [10.1002/ejhf.1594](https://doi.org/10.1002/ejhf.1594)

Kareld, L. (2020). Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar. I Ericsson & Lind (Red.) *Medicinska sjukdomar*. Studentlitteratur.

Khan, M.S., Tahhan, A.S., Vaduganathan, M., Greene, S.J., Alrohaibani, A., Anker, S.D., Vardeny, O., Fonarow, G.C., Butler, J. (2020). Trends in prevalence of comorbidities in heart failure clinical trials. *European Journal of Heart Failure*, 22: 1032 – 1042. DOI: [10.1002/ejhf.1818](https://doi.org/10.1002/ejhf.1818)

Kimani, K., Murray, S., & Grant, L. (2018). Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya – A serial interview study. *British Medical Journal Palliative Care*, 17(28). DOI: 10.1185/s12904-018-0284-6

King, M., Kingery, J., & Casey, B. (2012). Diagnosis and evaluation of heart failure. *American Family Physician Journal*, 85(12): 1161-1168.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–77, 376–377). Studentlitteratur.

Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Living and dying from advanced heart failure – Understanding the needs of older patients at the end of life. *British Medical Journal Geriatrics*, 15(125). DOI: 10.1186/s12877-015-0124-y

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Kurmani, S., & Squire, I. (2017). Acute heart failure - Definition, classification and epidemiology. *Current Heart Failure Reports* 14(5): ss. 385–392. DOI: 10.1007/s11897-017-0351-y

Lee, C.S., Mudd, J.O., Auld, J., Gelow, J.M., Hiatt, S.O., Chien, C.V., Bidwell, J.T. & Lyons, K.S. (2017). Patterns, relevance and predictors of heart failure dyadic symptom appraisal. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7): s. 595–604. DOI: 10.1177/1474515117700760

Levick, J. R. (2010). *An introduction to cardiovascular physiology*. Hodder Arnold.

Lexell, J., & Brogårdh, C. (2020). *Skriva, granska och publicera vetenskapliga arbeten*. Studentlitteratur.

Liu, M-H., Wang, C-H., Huang, Y-Y., Cherng, W-J., & Wang, K-W. (2014). A correlational study of illness knowledge, self-care behaviours, and quality of life in elderly patients with heart failure. *The Journal of Nursing Research*, 22(2): 136-145. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000024

Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2022). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. Elsevier.

Mahadevan, V. (2018). Anatomy of the heart. *Surgery (Oxford)*. 36(2): s. 43–47. DOI: [10.1016/j.mpsur.2017.11.010](https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.11.010)

Mant, J., Doust, J., Roalfe, A., Barton, P., Cowie, M.R., Glasziou, P., Mant, D., McManus, R.J., Holder, R., Deeks, J., Fletcher, K., Qume, M., Sohanpal, S., Sanders, S., & Hobbs, F.D.R. (2009). Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostics strategies in primary care. *National Institute for Health and Care Research*, 13(32): 245-248. DOI: [10.3310/hta13320](https://doi.org/10.3310/hta13320)

- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2): s.1: DOI: [10.3912/OJIN.Vol16No02Man01](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01)
- McCormack, B., & McCance, T. (2017a). Underpinning principles of person-centered practice. I McCormack & McCance (Red.) *Person-centered practice in nursing and healthcare - Theory and practice*. Wiley Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017b). The person-centered practice framework. I McCormack & McCance, (Red.) *Person-centered practice in nursing and healthcare - Theory and practice*. Wiley Blackwell.
- Moshki, M., Khajavi, A., Minaee, S., Vakilian, F., & Hashemizadeh, H. (2019). Perceived benefits of disease – A qualitative study of patients' experiences of heart failure. *Nursing & Health Sciences*, 22: s. 464-471. DOI: [10.1111/nhs.12682](https://doi.org/10.1111/nhs.12682)
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–436). Studentlitteratur.
- Nicholson, C. (2007). Heart failure – A clinical nursing handbook. Wiley Series in Nursing.
- Olano-Lizarraga, M., Martín-Martín, J., Oroviogicoechea, C., & Saracíbar-Razquin, M. (2021). Unexplored aspects of the meaning of living with chronic heart failure – A phenomenological study within the framework of the model of interpersonal relationship between the nurse and the person/family cared for. *Clinical Nursing research*, 30(2): 171-182. DOI: [10.1177/1054773819898825](https://doi.org/10.1177/1054773819898825)
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3 uppl. Liber.
- Ostermann, M., & Sprigings, D. (2018). The critically ill patient. I D. Sprigings & J.B. Chambers (Red.), *Acute Medicine – A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies*. Wiley Blackwell.
- Palazzuoli, A., Ruocco, G., & Gronda, E. (2022). Noncardiac comorbidity clustering in heart failure: an overlooked aspect with potential therapeutic door. *Heart failure Reviews*, 27(3): s. 767 - 778. DOI: [10.1007/s10741-020-09972-6](https://doi.org/10.1007/s10741-020-09972-6).
- Peate, I., Nair, M., Hemming, L., Wild, K., LeMone, P., & Burke, K. (2012). *Adult Nursing – Acute and Ongoing Care*. Pearson.
- Peate, I., & Dutton, H. (2021). *Acute Nursing Care: Recognising and Responding to Medical Emergencies* (2 uppl.). Routledge.
- Perpetua, E.M. & Keegan, P.A. (2021). *Cardiac Nursing: The Red Reference Book for Cardiac Nurses* (7 uppl.). Wolters Kluwer.

Persson, M. (2012). Hjärtsvikt. I M. Rosenqvist & P. Tornvall (Red.), *Hjärtat* (s. 65–66). Karolinska Institutet University Press.

Pratt Hopp, F., Thornton, N., & Martin, L. (2010). Lived Experiences of Heart Failure at the End of Life: A Systematic Literature Review. *Health & Social Work*, 2(35): s. 109–117. DOI: 10.1093/hsw/35.2.109

Price, S., Platz, E., Cullen, L., et. Al. (2017). Echocardiography and lung ultrasonography for the assessment and management of acute heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 14(7): s. 427–440. DOI: [10.1038/nrcardio.2017.56](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.56)

RiksSvikt. (2022). Hur behandlas hjärtsvikt? Hämtad 7 december 2022, från <https://www.ucr.uu.se/rikssvikt/allmaenhet/hur-behandlas-hjaertsvikt>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375–379). Studentlitteratur.

Rosenthal, J., & Wilson-Thang, W.H. (2019). Heart failure with systolic dysfunction. I Griffin, B., & Menon, V. (Red). *Manual of cardiovascular medicine*. ss. 97-119. Woltes Kluwer.

Rubio, R., Palacios, B., Varela, L., Fernández, R., Camargo-Correa, S., Fernanda-Estupinan, M., Calvo, E., José, N., Ruiz-Munoz, M., Yun, S., Jiménez-Marrero, S., Alcobarro, L., Garay, A., Moliner, P., Sánchez-Fernández, L., Gómez, M., Hidalgo, E., Enjuanes, C., Calero-Molina, E., Rueda, Y. et al. (2021). Quality of life and disease experience in patients with heart failure with reduced ejection fraction in Spain – A mixed-methods study. *British Medical Journal Open*, 11. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-053216

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Riksdagen.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Riksdagen.

Sotto, I. (2021). Chronic heart failure. I K. Olson (Red.), *Oxford handbook of cardiac nursing* (s. 217–240). Oxford Medical Publications.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (27 januari, 2022). *Litteratursökning till systematiska översikter*. [Video]. Youtube. https://youtu.be/eaSpu_IpbA0

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. [SBU]. (2020). *SBU:s metodbok*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv>

Surikova, J., Payne, A., Miller, K-L., Ravel, A., & Nolan R. (2020). A cultural and gender-based approach to understanding patient adjustment to chronic heart failure. *British Medical Journal*, 18(238). DOI: 10.1186/s12955-020-01482-1

Svenska Akademiens ordbok. (2011). *Upplevelse*. Hämtad 11 november 2022, från https://www.saob.se/artikel/?seek=upplevelse#U_U517_37750

Svenska Akademiens ordböcker. (2021a). *Person*. Hämtad 14 december 2022, från

<https://svenska.se/so/?sok=person&pz=1>

Svenska Akademiens ordböcker. (2021b). *Patient*. Hämtad 18 november 2022, från <https://svenska.se/so/?sok=patient&pz=1>

Svenska Akademiens ordböcker. (2021c). *Uppleva*. Hämtad 18 november 2022, från <https://svenska.se/so/?id=189601&ref=kcnr702977>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [PDF].
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svenska sjuksköterskeförening. (2010). Personcenterad vård. [PDF].
<https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcenterad%20v%C3%A5rd.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). Värdegrund för omvårdnad [PDF]
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>

Salzer, J., Flattery, M. & Lyon, D.E. (2019). Heart failure symptom clusters and quality of life. *The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 48(5): s. 366–372. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2019.05.016](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.05.016)

Seongkum, H., Mi-Seung, S., Seon Young, H., Minjeong, A., Jin-Kyu, P, SunHwa, K., Jae Lan, S., & JinShil, K. (2019). Sex Differences in Heart Failure Symptoms and Factors Associated With Heart Failure Symptoms. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(4): s. 306–312. DOI: [10.1097/JCN.0000000000000579](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000579)

Socialstyrelsen [SOS]. (2015). Hjärtsjukvård - rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. [PDF]. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen [SOS]. (2018). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - stöd för styrning och ledning. [PDF]. Socialstyrelsen

Song, E.K., Moser, D., Rayens, M., & Lennie, T. (2010). Symptom Clusters Predict Event-Free Survival in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(4): s. 284–291. DOI: [10.1097/JCN.0b013e3181cfbcbb](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181cfbcbb)

Strömberg, A. (2019). Hjärtsvikt. I Edberg, A-K., & Wijk, H. (Red.). *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. Ss. 445-476. Studentlitteratur.

Walsh, A., Kitko, L., & Hupcey, J. (2018). The experience of younger individuals living with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6): s. 9-16. DOI: [10.1097/JCN.0000000000000525](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000525)

Welstand, J., Carson, A., & Rutherford, P. (2009). Living with heart failure – An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 46: 1374-1385. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2009.03.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.009)

Willman, A. (2019). Hälsa och välbefinnande. I Edberg, A-K., & Wijk, H. (Red.).
Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa. Ss. 31-48. Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad
omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik*. (4:e uppl.). Studentlitteratur.

Zhao, Q., Zhang, J., Chen, C., & Fan, X. (2022). Experiences of disease adaptation in
patients with heart failure – A qualitative study. *Clinical Nursing Research*, 31(7): s. 1287-
1295. DOI: <https://doi.org/10.1177/10547738221082208>

Ziaeeian, B., & Fonarow, G. (2016). Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature
Reviews Cardiology*, 13(6): s. 368–378. DOI: [10.1038/nrcardio.2016.25](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.25)

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I Friberg (Red.), Dags för uppsats (s. 88).
Studentlitteratur.

BILAGA A

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
15/11-22 PubMed	((heart failure[Title/Abstract]) AND (experience[Title/Abstract])) AND (patient[Title/Abstract])	2012-2022 Adult 19+ år English	698	21	12	7
15/11-22 PubMed	((heart failure[Title/Abstract]) AND (experience[Title/Abstract])) AND (person[Title/Abstract])	2012-2022 Adult 19+ år English	46	1	0	0
15/11-22 Pubmed	((cardiac failure[Title/Abstract]) AND (experience[Title/Abstract])) AND (patient[Title/Abstract])	2012-2022 Adult 19+ år English	36	0	0	0
15/11-22 PubMed	((cardiac failure[Title/Abstract]) AND (experience[Title/Abstract])) AND (patient[Title/Abstract])	2012-2022 Adult 19+ år English	0	0	0	0
15/11-22 CINAHL	((heart failure) AND (experience)) AND (patient)	2012-2022 Adult 19+ år English Peer-reviewed	834	20	16	6
15/11-22 CINAHL	((heart failure) AND (experience)) AND (person])	2012-2022 Adult 19+ år English Peer-reviewed	122	3	1	0

15/11-22 CINAHL	((cardiac failure) AND (experience)) AND (patient)	2012-2022 Adult 19+ år English Peer-reviewed	42	0	0	0
15/11-22 CINAHL	((cardiac failure) AND (experience)) AND (person)	2012-2022 Adult 19+ år English Peer-reviewed	3	0	0	0
16/11-22 Google Scholar	peoples' experience of "living with heart failure"	2012-2022 Relevans	3 940	3	0	0
18/11-22 PubMed	patients experience of living with heart failure	2012-2022 Full text English	169	6	5	1
20/11-22 PubMed	(heart failure [MeSH Terms]) AND (patient experience[Title/Abstract])	2012-2022 Full text English All Adult 19+	15	1	1	1
20/11-22 PubMed	(patient experience[MeSH Terms]) AND (heart failure[MeSH Major Topic])	2012-2022 Full text English All Adult 19+	0	0	0	0
25/11-22 CINAHL	Heart failure AND quality of life AND patient experience	2012-2022 Adult 19+ Peer-reviewed	43	2	2	2
TOTALT			5 948	57	37	17

BILAGA B

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

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 väl planerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal 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.	Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väl definierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få 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 deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

<p>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).</p>	<p>Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>
---	---	----------	--

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

BILAGA C

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Austin, R., Schoonhoven, L., Koutra, V., Richardson, A., Kalra, P., & May, C.2022 United Kingdom	SYMptoms in chronic heart failure imPACT on burden of treatment (SYMPACT) - A cross- sectional study	Att beskriva patientrapporterad e symtom och vilken börda sjukdomen har i personens liv.	<u>Design:</u> tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Engelsktalande vuxna över 18 år. <u>Datainsamling:</u> enkäter och journaler <u>Dataanalys:</u> Statistical Package for Social Sciences (SPSS v. 26)	338 (5)	Korrelationer hittades. Ju mer symtombördan ökade, desto större tenderar sjukdomsbördan att vara. Använde bland annat HFSS; Fatigue och andnöd vid fysisk aktivitet rapporterades mest och över 50 procent upplevde yrsel, glömskhet och depression.	KI
Checa, C., Medina-Perucha, L., Munoz, M- A., Verdú- Rotellar, J., & Berenguera, A.2020 Spanien	Living with advanced heart failure – A qualitative study	Att genom holistiska perspektiv utforska upplevelserna av patienter som lever med avancerad hjärtsvikt hemma och i primärvården.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie Urval: Purposeful sampling, personer med avancerad hjärtsvikt 65 år och över <u>Datainsamling:</u> intervjuer med öppna frågor <u>Dataanalys:</u> Leventhal's framework	12 (0)	Patienter får inte tillräcklig information. Många tror att deras dagliga funktionella svårigheter har mer att göra med ålder än med specifikt hjärtsvikten. Det fanns könsskillnader rent emotionellt, då kvinnor kände en större press att inte vara en börda och att kunna hjälpa till hemma. Många såg hjärtsviktssymtom som en konsekvens av att åldras. Dock var specifikt tröttheten och svagheten starkt kopplat till hjärtsvikten.	KII

					Många blev negativt påverkade emotionellt när de fick diagnosen och blev oroliga inför framtiden.	
Chester, R., Richardson, H., Doyle, C., Hodson, F., & Ross, J.2021 United Kingdom	Heart failure- the experience of living with end-stage heart failure and accessing care across settings	Att förstå och utforska upplevelserna hos patienter och vårdare av patienter som deltog i interventionen.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie med fokusgrupp. <u>Urval:</u> deltagare från en studie om hjärtsvikt, bekvämlighetsurval <u>Datainsamling:</u> kvalitativa intervjuer, semistrukturerade. <u>Dataanalys:</u> läsning av transkriberat material, identifiering av teman och kategorisering.	4 (18, många kunde ej medverka av praktiska skäl).	Studien belyste vikten av att patienter får förståelse för hjärtsvikt och att få hjälp av ett multiprofessionellt team för att detektera försämringar. På grund av multisjuklighet och dålig kontinuitet mellan primärvården och slutenvården fanns en dålig förståelse om sjukdomen och behandlingar.	KII
Corcoran, KJ., Jowsey, T., & Leeder SR. 2013 Australien	One size does not fit all – The different experiences of those with chronic heart failure, type 2 diabetes and chronic abstructive pulmonary disease	Att beskriva sjukdomsspecifika upplevelser genom intervjuer.	<u>Design:</u> kvalitativ <u>Urval:</u> Personer >65 år med max en av följande sjukdomar: KOL, hjärtsvikt och DM2. <u>Datainsamling:</u> intervjuer <u>Dataanalys:</u> kvalitativ analys assisterad med QSR Nvivo 8 qualitative data software	52 (12)	Patienterna med hjärtsvikt blev tvungna att bli tillfreds med det faktum att de kan dö plötsligt, men många var frustrerade över detta faktum. Alla deltagarna kände en osäkerhet kring att upptäcka en ny exacerbation eller hjärtattack. Tre strategier för coping hittades: - “putting on a brave face” - att vara positiv - att söka spirituellt tröst och stöd	KII

Gowani, A., Gul, R., Dhakam, S., & Kurji, N.2017 Pakistan	Living with heart failure – Karachi exploratory study	Att utforska upplevelserna av patienter som lever med hjärtsvikt i utvecklingsländer som Pakistan.	<u>Design:</u> kvalitativ och kvantitativ <u>Urval:</u> patienter med hjärtsvikt från fyra sjukhus i Karachi, Pakistan. <u>Datainsamling:</u> intervjuer och enkäter <u>Dataanalys:</u> transkribering av ljudfiler	8 (0)	4 teman hittades - att vara begränsad av sin sjukdom - att leva med en rädsla kring osäkerhet - att ta sig an anpassningar - hur sjukvårdens roll hjälper egenvården	KI
Hu, Y., Jiang, J., Xu, L., Wang, C., Wang, P., Yang, B., & Tao, M.2020 Kina	Symptom clusters and quality of life among patients with chronic heart failure – A cross-sectional study	Att identifiera symptomkluster hos patienter med kronisk hjärtsvikt och att undersöka deras effekter på livskvaliteten.	<u>Design:</u> kvalitativ tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> personer diagnostiserade med hjärtsvikt över 18 år som är kognitivt kompetenta nog att beskriva sina symptom utan funktionsnedsättande komorbiditeter <u>Datainsamling:</u> enkäter och face-to-face intervjuer <u>Dataanalys:</u> IBM SPSS (version 22.0)	210 (9)	Runt 70 % av alla deltagare upplevde andnöd, nedsatt energi och sömnsvårigheter. De fem allvarligaste symptomen var dessa samt hosta och svårigheter att andas i liggande.	KI
Kimani, K., Murray, S., & Grant, L.2018 Kenya	Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya – A serial interview study	Att undersöka upplevelserna hos patienterna som lever och dör av hjärtsvikt i Kenya.	<u>Design:</u> kvalitativ <u>Urval:</u> patienter med avancerad hjärtsvikt från ett sjukhus i Kenya <u>Datainsamling:</u> fördjupade intervjuer <u>Dataanalys:</u> thematic approach assisted by Nvivo software	11 (3 dödsfall, 4 slutade medverka)	Patienterna upplevde stor stress, fysiskt såväl som psykiskt och socialt. De hade väldigt lite förståelse för sjukdomen, och ville ha mer information men fick det sällan. Andnöd var vanligt. Många trodde att det var en del av livet och tänkte inte på att de behövde söka vård. Många missförstod diagnosen och trodde att de skulle bli helt friska igen. De flesta upplevde ångest kring sin sjukdom. Gud var viktig för många för att kunna hantera oron.	KI

					Många fick finansiella problem på grund av sjukvårdsbehovet.	
Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidhorn, J., & Schneider, N. 2015 Tyskland	Living with and dying from advanced heart failure – Understanding the needs of older patients at the end of life	Att förstå hur äldre personer med hjärtsvikt ser på sin sjukdom och att identifiera deras olika behov	<u>Design:</u> Kvalitativ longitudinell intervjustudie <u>Urval:</u> personer över 70 år. <u>Datainsamling:</u> intervjuer <u>Dataanalys:</u> Kvalitativa metoder i relation med Grounded theory	25 (0)	Behoven och prioriteringarna hos äldre hjärtsviktpatienter varierar och beror på deras sjukdomsstatus och individuella preferenser. Många hjärtsviktpatienter upplever restriktioner i deras dagliga funktion Två teman dök upp: Patienternas förståelse av sjukdomen och prognosen respektive utförandet av vården	KI
Liu, M-H., Wang, C-H., Huang, Y-Y., Cherng, W-J., & Wang, K-W. 2014 Taiwan	A correlational study of illness knowledge, self-care behaviours, and quality of life in elderly patients with heart failure	Att se samspelet mellan kunskapen om sin sjukdom, egenvård och livskvaliteten hos äldre patienter med hjärtsvikt	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Patienter 65 år och över med specifika diagnostiska kriterier för hjärtsvikt, ej psykiatriska diagnoser. <u>Datainsamling:</u> 3 enkäter. <u>Dataanalys:</u> SPSS 12.0	141 (0)	Kunskapen om sjukdomen var dålig och många av personerna förstod inte hur viktig egenvården är. Det fanns korrelationer mellan upplevelsen av livskvalitet och egenvårdsbeteenden.	KI
Moshki, M., Khajavi, A., Minaee, S.,	Perceived benefits of the disease – A	Att undersöka de positiva upplevelserna hos	<u>Design:</u> kvalitativ studie <u>Urval:</u> purposeful sampling från en outpatient clinic, patienter med	19 (0)	Många teman identifierades med en del positiva effekter av hjärtsvikt. Men inte alla patienter upplever dessa positiva effekter.	KI

Vakilian, F., & Hashemizadeh, H.2019 Iran	qualitative study of patients' experiences of heart failure	patienter och de upplevda positiva effekterna av hjärtsvikt	diagnostiserad hjärtsvikt och med förmågan att kommunicera <u>Datainsamling</u> : semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> : a thematic framework was created based		Sjuksköterskor kan använda sig av denna data för framtida modeller för omvårdnad.	
Niklasson, A., Maher, J., Patil, R., Sillén, H., Chen, J., Gwaltney, C., & Rydén, A.2022 United Kingdom	Living with heart failure – Patient experiences and limitations for physical activity and daily living	Att ge en beskrivning över hur hjärtsviktpatienter upplever begränsningar i sin fysiska aktivitet i deras dagliga liv.	<u>Design</u> : kvalitativ <u>Urval</u> : personer > 18 år med hjärtsvikt samt NYHA klass II-IV. <u>Datainsamling</u> : semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> : intervjuerna transkriberades och kodades mha ATLAS.ti	40 (0)	Dyspné hade en stor påverkan på personers förmågor att utföra dagliga aktiviteter såsom att gå upp för trappor samt att stå eller gå under längre tid. Många upplevde svårigheter att sköta hushållet och många kände sig beroende av sina familjemedlemmar. På grund av symtomen var personerna tvungna att anpassa och begränsa sig.	KI
Olano-Lizarraga, M., Martín-Martín, J., Oroviogicoechea, C., & Saracibar-Razquin, M. 2021 Spanien	Unexplored aspects of the meaning of living with chronic heart failure – A phenomenological study within the framework of the model of interpersonal relationship between nurse and the person/family cared for	Att förstå meningen av att leva med kronisk hjärtsvikt från ett patientperspektiv	<u>Design</u> : fenomenologisk (Hermeneutic type) <u>Urval</u> : personer med hjärtsvikt äldre än 18 år med NYHA II-IV, diagnoserat för mer än 6 månader sedan och som kan föra sin talan <u>Datainsamling</u> : intervju i form av konversation <u>Dataanalys</u> : systematisk analys av transkriberingen av intervjuerna enligt Van Mahen's metod.	20 (0)	6 teman identifierades: 1. Att leva med hjärtsvikt innebär en grundlig förändring hos personen 2. Personen som lever med hjärtsvikt måste acceptera sin situation 3. Personen med hjärtsvikt måste känna att deras liv är normalt och visa detta för andra 4. Personen med hjärtsvikt måste känna hopp 5. Att ha hjärtsvikt innebär kontinuerliga påminnelser om möjligheten att dö 6. Personen med hjärtsvikt känner att det negativt påverkar deras närliggande miljö	KI

<p>Rubio, R., Palacios, B., Varela, L., Fernández, R., Camargo-Correa, S., Fernanda-Estupinan, M., Calvo, E., José, N., Ruiz-Munoz, M., Yun, S., Jiménez-Marrero, S., Alcoberro, L., Garay, A., Moliner, P., Sánchez-Fernández, L., Gómez, M., Hidalgo, E., Enjuanes, C., Calero-Molina, E., Rueda, Y. et al. 2021</p> <p>Spanien</p>	<p>Quality of life and disease experience in patients with heart failure with reduced ejection fraction in Spain: a mixed-methods study</p>	<p>Att få insikt om upplevelserna av sjukdomen för patienter och deras vårdare och dess påverkan på det dagliga livet.</p>	<p><u>Design</u>: tvärsnitt, deskriptiv, mixad metod. <u>Urval</u>: Över 18 år, hjärtsviktsdiagnos. <u>Datainsamling</u>: journaler, semistrukturerade intervjuer, observation, frågeformulär. <u>Dataanalys</u>: sammanställning av data från formulär och läsning av intervjuer och strukturering efter tema.</p>	<p>20 (0)</p>	<p>Hjärtsvikt hade stark påverkan på patienternas liv och upplevelse av symtom.</p> <p>För många patienter innebar livskvalitet att “kunna göra det de gjort förut” och saknade att vara självständiga och att ha en aktiv livsstil.</p> <p>Vissa patienter isolerade sig själva och begränsade sig själva av rädsla att sjukdomen skulle förvärras, trots att stillasittande är dåligt för hjärtsvikten.</p>	<p>K+P II</p>
<p>Salyer, J., Flattery, M., & Lyon, D. 2019</p> <p>United States of America</p>	<p>Heart failure symptom clusters and quality of life</p>	<p>Att utforska symptom som hjärtsviktspatienter upplever och kategorisera dessa i kluster och att undersöka dessa klusters påverkan</p>	<p><u>Design</u>: tvärsnittsstudie <u>Urval</u>: bekvämlighetsurval, personer > 18 år med hjärtsvikt klass II-IV. <u>Datainsamling</u>: enkäter och journaler <u>Dataanalys</u>: principle components analysis (PCA) och regression analysis</p>	<p>117 (29)</p>	<p>Symtom rapporterade av deltagare: Dyspné: 100 % Kognitiv påverkan: 91 % Fatigue: 73% Ödem: 71,8% Smärta: 62% Trötthet dagtid: 54% Ångest: 32,5%</p>	<p>P1</p>

		på patienternas livskvalitet			Depressionssymtom: 21% Ingen hungerkänsla: 13,3% Stark hungerkänsla: 5,1% Överlag kände sig personerna lite nöjda med deras livskvalitet. De var mest nöjda med socioekonomisk status, psykologisk/spirituell status och familj, och minst nöjda med deras hälsa och funktion.	
Surikova, J., Payne, A., Miller, K-L., Ravaei, A., & Nolan, R. 2020 Kanada	A cultural and gender-based approach to understanding patient adjustment to chronic heart failure	Att undersöka kulturella- och könsbaserade influenser på livskvalitet hos patienter med hjärtsvikt.	<u>Design</u> : Kvalitativ <u>Urval</u> : Vuxna personer över 18 år med hjärtsvikt. Kinesisk, svart, sydasiatisk, kaukasiska. <u>Datainsamling</u> : Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> : Transkribering av intervjuer, sortering med NVivo11, sammanställning av deskriptiv statistik.	30 (0).	Fem huvudteman identifierades. Patienter beskriver hjärtsviktens påverkan på deras liv och livets alla milstolpar, samt vikten av att acceptera sin diagnos. Hjärtsvikten hade stor påverkan på deras milstolpar i livet, som dating, giftermål och föräldraskap. De upplevde stress över att behöva prioritera sjukdomen över dessa milstolpar. Hjärtsvikten har stor påverkan på deras sociala liv.	KII
Walsh, A., Kitko, L., & Hupcey, J. 2018 United States of America	The experiences of younger individuals living with heart failure	Att undersöka yngre personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt	<u>Design</u> : kvalitativ <u>Urval</u> : engelsktalande personer mellan 35-55 år med diagnoserad hjärtsvikt <u>Datainsamling</u> : semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> : deskriptiv tematisk analys	18 (0)	Personerna jämförde sig mycket med andra i sin åldersgrupp samt sig själva innan deras diagnos. De motstod sig att göra saker som de hade velat med sina liv och upplevde sig själva inte lika attraktiva för deras partners. Det var jobbigt att inte kunna arbeta/arbete som man önskar. De upplever minskad kontroll och frustration över sin finansiella situation.	KII
Zhao, Q., Zhang, J., Ye, Y., Chen, C., & Fan, X.	Experiences of disease adaptation in	Att utforska upplevelsorna av anpassning hos	<u>Design</u> : kvalitativ <u>Urval</u> : hjärtsviktspatienter över 18 år	21 (0)	Patienter hade svårt att anpassa sin nutrition och sitt vätskeintag utefter rekommendationer. De oroade sig för	KI

2022 Kina	patients with heart failure – A qualitative study	hjärtsviktspatienter efter Roy adaptation model	<u>Datainsamling</u> : semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys</u> : Roy adaptation model		framtiden och upplevde negativa känslor och meningslöshet. De upplevde svårigheter att uppfylla sina sociala roller.	
--------------	---	---	---	--	--	--