



**HANDLINGAR SOM KAN STÄRKA OCH MÖJLIGGÖRA UTFÖRANDET AV
EGENVÅRD HOS PATIENTER MED HJÄRTSVIKT**

**ACTIONS THAT CAN STRENGTHEN AND ENABLE THE PERFORMANCE OF
SELF-CARE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2020-06-08
Kurs: 53
Författare: Susanne Gren
Författare: Karin Tell Kristiansson

Handledare: Katarina Holmberg
Examinerande lärare: Maria Wahlström

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till att personer över 65 år läggs in på sjukhus och orsakar ofta stort lidande med sänkt livskvalitet som följd. Hjärtsvikt uppstår när hjärtats pumpförmåga inte försörjer vävnaderna i kroppen med tillräcklig mängd blod. Dödligheten är hög men går att förebygga genom egenvård som görs för att bibehålla eller förbättra hälsan som till exempel god nattsömn, hygien, hälsosam kost och motion. Genom att stärka och möjliggöra egenvården är det lättare för patienter att leva med kronisk sjukdom.

Syfte

Syftet var att belysa vad som stärker och möjliggör utförandet av egenvård hos patienter med hjärtsvikt.

Metod

Studien är en litteraturöversikt som baserades på 15 artiklar. Dessa återfanns i databaserna CINAHL och PubMed och var publicerade mellan åren 2011–2019. Artiklarna analyserades genom integrerad analys samt kvalitetsgranskades och sorterades i kategorier efter huvudsakligt innehåll.

Resultat

I resultatet framkom att patienter med hjärtsvikt kunde bibehålla livskvaliteten med olika handlingar och med motivation att utföra egenvård. Patienterna blev stärkta när de kände sig inkluderade i vården och delaktiga i besluten kring sin sjukdom. Stöttning från sjukvård och närstående gav upplevelsen av både frihet och autonomi.

Slutsats

Vård och omsorg samt tekniska hjälpmedel behöver anpassas efter patientens unika behov och kunskap. Andra omständigheter som kan motivera patienter med hjärtsvikt är hens grundinställning till livet, sociala nätverk samt förmågan att acceptera sjukdomen och den nya livssituationen.

Nyckelord: Egenvård, Hjärtsvikt, Informella vårdgivare, Motivation

ABSTRACT

Background

Heart failure is the most common cause for people over the age of 65 being admitted to hospitals and often causes great suffering with a reduced quality of life. Heart failure occurs when the heart's pumping capacity does not supply the tissues of the body with sufficient blood. Mortality is high but can be prevented through self-care that is done to maintain or to improve health such as good night's sleep, hygiene, healthy diet, and exercise. By strengthening and enabling self-care, it is easier for patients to live with chronic illness.

Aim

The aim was to illustrate what strengthens and enables self-care in patients with heart failure.

Method

The study is a literature review that was based on 15 articles. These were found in the databases CINAHL and PubMed and were published between the years 2011-2019. The articles were analyzed through integrated analysis, quality checked and sorted into categories according to main content.

Results

The results showed that patients with heart failure could maintain the quality of life with different actions and motivation to perform self-care. Patients were strengthened when they felt included in the care and became involved in decisions about their disease. Support from healthcare and informal caregivers provided an experience of both freedom and autonomy.

Conclusions

Care as well as technical aids need to be adapted to the patient's unique needs and knowledge. Other circumstances that can motivate patients with heart failure include the patient's basic attitude to life, social networks, and the ability to accept the disease and the new life situation.

Keywords: Heart failure, Informal Caregivers, Motivation, Self-care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt.....	1
Egenvård	2
Sjuksköterskans perspektiv	4
Dorothea Orems egenvårdsteori som teoretisk utgångspunkt	5
Problemformulering	6
SYFTE.....	6
METOD	6
Design	6
Urval	7
Datainsamling	7
Kvalitetsgranskning	9
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	10
Motivation till egenvård.....	10
Livet förändras	11
Lyssna på ditt hjärta	12
DISKUSSION.....	13
Resultatdiskussion.....	13
Metoddiskussion	15
Slutsats	17
Fortsatta studier.....	18
Klinisk tillämpbarhet	18
SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION.....	18
REFERENSER.....	19

BILAGA A-B

INLEDNING

Hjärtat är sinnebilden av liv för många. Så länge hjärtat slår och vi andas pågår fler friska än sjuka funktioner i kroppen. Vad händer när hjärtat tappar takten och hur känns det att veta att hjärtat är sjukt? Frågan blir hur patienten kan vårda sig själv på bästa sätt efter att ha blivit diagnostiserad med hjärtsvikt och hur omvårdnaden kan utformas för att motivera patienten till egenvård. För många är motivationsfaktorn till egenvård möjligheten och friheten att kunna fortsätta att leva ett så normalt liv som möjligt. Ämnet skapade intresse hos författarna genom att patienter som diagnostiseras med hjärtsvikt med relativt enkla medel kan förbättra sin livskvalitet avsevärt genom egenvård och samtidigt minska den belastning på sjukvården som sjukdomen orsakar.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är, enkelt förklarat, att hjärtat inte klarar av att försörja kroppens organ med tillräcklig mängd blod vilket påverkar patienten på flera nivåer. Hjärtsvikt drabbar framförallt den äldre patienten och orsakar ofta stort lidande med sänkt livskvalitet som följd. Dödligheten är hög men med väl vald behandling och följsamhet från patienten förbättras både hjärtfunktionen och överlevnaden (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). De vanligaste underliggande sjukdomarna till hjärtsvikt är fetma, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar såsom högt blodtryck. Dessa sjukdomar är vanligare i grupper med lägre utbildning och inkomst, där några av de största riskfaktorerna är dåliga matvanor och för lite fysisk aktivitet vilka leder till ohälsa och för tidig död i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Epidemiologi

Hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till att personer över 65 år läggs in på sjukhus (Roger, 2013). Förekomsten av hjärtsvikt i 50-årsåldern är cirka en procent för att stiga till tio procent vid 80 års ålder och uppåt. Majoriteten av alla patienter med hjärtsvikt på sjukhus har försämrad, återkommande eller kronisk hjärtsvikt (Zarrinkoub et al., 2013).

Hjärt- kärlsjukdomar kostade i Sverige 63,3 miljarder kronor per år 2017, vilken är en av de största posterna för ohälsa. Utslaget per capita motsvarar det ungefär 6 500 kr per person och år (Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi [IHE], 2019). Allteftersom befolkningens ålder stiger, ökar förekomsten av hjärtsvikt (Wikström, 2014).

Patofysiologi och etiologi

Hjärtsvikt uppstår när hjärtats pumpförmåga inte försörjer vävnaderna i kroppen med tillräcklig mängd blod. Det kan bero på flera orsaker, bland annat nedsatt systolisk vänsterkammerfunktion med nedsatt ejektionsfraktion (Komamura, 2013). Då orkar hjärtat inte försörja vävnaderna med adekvat blodmängd och följden blir minskad slag- och minutvolym. Detta är den vanligaste typen av hjärtsvikt. Diastolisk dysfunktion däremot är en störning i kamrarnas påfyllnadsfas på grund av att kammarväggen har en nedsatt förmåga att relaxera och dilatera. Det leder till att motståndet ökar och trycket stiger vid påfyllnadsfasen vilket i sin tur fortplantas till förmaken och risk för förmaksflimmer ökar. Detta kan bero på ålder,

hjärtfibros (ärrbildningar i hjärtat) eller hypertrofi (organförstoring). Hjärtsvikt förekommer också med eller utan tydliga symtom. Den vanligaste bakomliggande orsaken till hjärtsvikt är högt blodtryck och ischemisk hjärtsjukdom vilken oftast beror på ateroskleros i kransartärerna. Andra orsaker är klaffel som aortastenosen och mitralisinsufficiens, hjärtmuskelsvaghet, hög alkoholkonsumtion och diabetes (Ericson & Ericson, 2012; Komamura, 2013).

Patienter med hjärtsvikt, symtom och behandling

Kardinalsymtomet för hjärtsvikt är lufthunger vilket också benämns dyspné. Andra frekventa symtom hos patienter med hjärtsvikt är andfåddhet både vid sängläge och/eller uppegående, trötthet, somnolens, allmän svaghet, bensvullnad, viktuppgång, hjärklappning, aptitlöshet samt nedsatt kognition på grund av syrebrist i hjärnan (Wikström, 2014; Komamura, 2013). För att behandla hjärtsvikt utreds vilken typ av kardiogen svikt som ligger till grund för att sedan fastställa orsaksförhållanden, graden av svikt samt prognosen. Därefter sätts behandlingen in som kan gå ut på att minska hjärtats arbete, optimera hjärtminutvolymen, förebygga akuta förändringar samt ge patienten information om egenvård. I vården ingår också farmakologisk behandling där läkemedlen är inriktade på symtomen och graden av hjärtsvikt (Andersson, 2019; Eikeland et al., 2011).

För patienter med hjärtsvikt där syrebrist till hjärnan kan skapa kognitiva nedsättningar ökar behovet av vårdinsatser både från närstående och sjuksköterskor (Eikeland et al., 2011). Sjuksköterskor behöver anpassa omvårdningsplanen till patienten och dess sjukdomstillstånd över tid för att så långt det är möjligt upprätthålla autonomi och ge individanpassade förutsättningar till egenvård (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). En person som har hjärtsvikt kan förbättra sitt tillstånd och avsevärt minska symtomen med hjälp av fysisk aktivitet, psykologhjälp samt kontrollerat salt- och vätskeintag. Genom egenvård kan patienten själv ta ansvar för att undvika handlingar och vanor som förvärrar tillståndet, övervaka och upptäcka symtom på försämring tidigt samt följa den medicinska behandlingen. Livsstilsförändringar kan dock kollidera med kulturella värden och övertygelser vilket kan skapa frustration, otrygghet för framtiden och ångest. Därför är det av största vikt att patienten får adekvat information om sjukdomen och behandlingen. Även om hjärtsvikt är en kronisk sjukdom kan livsstilsförändringar öka livskvaliteten för patienten (Arulnathan, Vaaheesan & Denecke, 2019). God livskvalitet är lika viktigt resultat av behandlingen som ökad överlevnad och minskat lidande (Eikeland et al., 2011).

Egenvård

Strömberg, Jaarsma och Riegel (2012) menar att egenvård vid hjärtsvikt refererar till intentionen av de aktiviteter som görs för att bibehålla eller förbättra hälsa som till exempel god nattsömn, hygien, hälsosam kost och motion samt undvikande av hälsorisker som till exempel tobaksbruk och överkonsumtion av alkohol. Genom att stärka egenvården är det lättare för patienten att leva med kronisk sjukdom anser Eikeland et al. (2011). Begreppet egenvård kan ses som ett naturalistiskt beslutsfattande (Riegel et al., 2009) för att betona att det handlar om en process som utförs i det vardagliga livet och därmed beror på individuella, kontextuella och situationsanpassade faktorer (Harkness, Spaling, Currie, Strachan & Clark, 2015). För patienter med hjärtsvikt innebär egenvård bland annat att de känner igen en somatisk förändring, beslutar sig för att vidta en åtgärd, genomför en behandlingsstrategi och utvärderar resultatet av behandlingen (Riegel, Lee & Dickson, 2011). Patienterna behöver därför också känna till hur symtomen påverkas av dagliga aktiviteter och den behandling som ges (Eikeland et al., 2011). Kända faktorer som påverkar graden av egenvård vid hjärtsvikt

innefattar kunskap om sin sjukdom, förmåga till fysisk aktivitet, depression och ångest, socialt stöd, somnolens och självförtroende (Riegel et al., 2011). Enligt Harkness et al. (2015) definierar patienterna egenvård som både den egentliga handlingen och de känsloreaktioner och strategier som de behöver för att anpassa sig till sin nya livsstil.

Strömberg et al. (2012) tar också upp vikten av att ha ett "Själv" för att kunna ta hand om sig själv och syftar då till de kognitiva funktionerna. Eftersom patienter med hjärtsvikt oftast är äldre är det inte ovanligt att kognitiv sjukdom föreligger och då spelar patientens resurser en viktig roll. Resurser i form av närstående som har förmågan att stötta med egenvård av patienten i fråga. I Sverige har Socialstyrelsen bestämt att sjukvårdspersonal ska bedöma patienter med hjärtsvikts förmåga till egenvård, både fysiologiskt och kognitivt för att utforma det personliga behovet av sjukvård kontra egenvård (SOSFS 2009:6).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30) innefattar hälso- och sjukvårdens arbete bland annat förebyggande av ohälsa. Hälsofrämjande omvårdnad ska stödja de individuella, sociala och miljömässiga förutsättningarna för att stötta individens subjektiva upplevelse av hälsa. Patienten ska också vara involverad i processen för ökad kontroll av sin hälsa (SSF, 2010). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2011) ges rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stötta människor i att förändra ohälsosamma levnadsvanor genom egenvård. Vid en uppföljning av riktlinjerna som gjordes några år senare rekommenderades bland annat en förbättring av stödet till sjukdomsförebyggande åtgärder istället för läkemedel (Socialstyrelsen, 2014). Vilket, när det kommer till hjärtsvikt, går att härleda till det globala hållbarhetsmålet hälsa och välbefinnande som handlar om att god hälsa är grundläggande för att människor ska kunna bidra till samhällets utveckling genom sin fulla potential (United Nations Development Programme [UNDP], 2019a).

Motivation och strategier

För att öka förmågan till egenvård hos patienter med kronisk hjärtsvikt är det av stor betydelse att hitta faktorer som motiverar dem. Det första steget är att hitta en effektiv och målinriktad åtgärd (Zou, Chen, Fang, Zhang & Fan, 2017). Orem (2001) menar att motivation är beroende av patientens kunskaper, färdigheter och resurser. Med kunskap menas sjukdomsinsikt och att teoretiskt lära sig om sjukdomen samt hur den kan behandlas efter bästa möjliga personliga förmåga ur ett medicinskt, fysiskt och psykiskt perspektiv. Färdigheter syftar till handlingsorienterade erfarenheter samt fysiska och psykiska möjligheter att implementera egenvård i sitt vardagliga liv. Dessa kan dock vara begränsade av olika anledningar. Med resurser syftar Orem (2001) till omgivande faktorer som miljö, närstående, intressen och socioekonomiska förhållanden. Riegel, Dickson och Faulkner (2016) menar att motivation delvis kommer av förmågan att efterleva och bibehålla goda levnadsvanor, personlig läkemedelshantering samt att lära känna sin kropp och att tolka sjukdomssymtom och därefter tro på sin egen förmåga. Kapacitet att planera, utföra och uppnå de personliga målen inom egenvård, genom att justera till exempel saltintag, minska vätskemängd och våga ta extra läkemedel mot symtomet som uppstått är också en del i motivationen. Egenvård förkortar längden på en sjukhusvistelse för patienter med hjärtsvikt och ökar dessutom deras livskvalitet (Jonkman et al., 2016; Riegel et al., 2011).

Patienter är positiva till att vårdpersonal bistår med förändrade levnadsvanor istället för läkemedelsbehandling och uppvisar mer samarbetsvillighet när det bidrar till bättre vård, behandling och välbefinnande (Socialstyrelsen, 2018). Antonovsky (1987) menar att positiva erfarenheter av att kunna hantera den stress som hjärtsvikt innebär leder till ökad självkänsla

och självkänedom, en uppåtgående spiral av motivation till egenvård aktiveras. Inom ontologin förs ett resonemang om människan som en flerdimensionell enhet av sinne, kropp och ande. Ontologi betyder läran om hur världen och tingen är beskaffade samt dess varande och väsensbetingade drag. Personlighetens kärna formas av arv och miljö samt hur människan lever i samklang med sin omvärld. Som ett resultat av det resonemanget ses hon som handlande, skapande samt aktiv och inte som ett offer för omständigheter, vilket också ligger till grund för vårdvetenskapen som ämne (Wärnå-Furu, 2017). Enligt patienterna i Harkness et al. (2015) studie beskrivs strategier baserade på varseblivning som det emotionella, kognitiva och psykosociala sättet att anpassa eller förhålla sig till det faktum att sjukdomen är kronisk. Detta leder till en gradvis förändring av synen på sig själv och möjligheten att fortsätta med sin livsstil. En handlingsorienterad strategi innebär anpassning av det dagliga livet för att bevara autonomi och behålla livskvaliteten. För många patienter innebär det att ändra tempo i livet och lyssna på kroppen för att upprätthålla fysisk aktivitet (Harkness et al., 2015). För andra innebär det att stundtals ta en kortare paus från sin sjukdom, timeout, för att sedan komma tillbaka med ny energi. Sjuksköterskor behöver identifiera timeouten och tillsammans med patienten skapa en passande hälsoplan som står i relation till patientens strategier och förmågor (Li & Shun, 2015). Patienterna utvecklar olika förhållningssätt till sjukdomen för att bibehålla välbefinnande. Att leva med hjärtsjukdom är livsomvälvande för många eftersom den innebär både fysiska, psykiska och emotionella stressorer. Engagemanget i den egna vården kräver därför både handlingsorienterade, emotionella och kognitiva strategier för att acceptera och lindra den omvandlande processen som ett kroniskt tillstånd medför (Harkness et al., 2015).

Fysisk aktivitet och matvanor

Utöver egenvård är all form av fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor viktiga komponenter för att minska symtomen för hjärtsvikt. Fysisk aktivitet leder till minskad risk för hjärt- kärlsjukdomar och förutsättningarna förbättras med ökad mängd fysisk aktivitet per vecka (Lanier, Bury & Richardson, 2016). Risken för hjärt- och kärlsjukdomar ökar vid otillräcklig fysisk aktivitet och stillasittande är förenat med för tidig död hos de personer som är mest inaktiva (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2018). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer definieras otillräcklig fysisk aktivitet som mindre än 150 minuter måttlig aktivitet eller mindre än 75 minuter intensiv aktivitet per vecka (Socialstyrelsen, 2011). Förvärvade hjärtsjukdomar kan ofta förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor. Stora hälsovinster kan bland annat uppnås genom att sluta röka, viktnedgång samt ett intag av varierad kost med grönsaker, frukt och en begränsad mängd av rött kött, mättat fett, salt och socker (Eikeland et al., 2011). I en studie slår Kontis et al. (2019) fast att tre åtgärder skulle spara 94 miljoner liv i världen inom 25 år. Dessa åtgärder är att öka behandlingen av högt blodtryck, reducera saltintaget samt att undvika intag av artificiella transfettsyror. Enligt Livsmedelsverket (2019a) finns det samband mellan kostmönster och risken för kroniska sjukdomar som till exempel hjärtsvikt. I de nordiska näringsrekommendationerna (Livsmedelsverket, 2012) finns kostråd som är bra för hälsan på både kort och lång sikt. Salt leder till ökat blodtryck vilket kan öka risken för hjärtinfarkt med hjärtsvikt som följd. I Sverige intas nästan dubbelt så mycket salt som rekommendationerna (Livsmedelsverket, 2019b).

Sjuksköterskans perspektiv

Sjuksköterskans specifika kompetens är omvårdnad grundat i en humanistisk människosyn. Den legitimerade sjuksköterskan leder omvårdnadsarbetet och ansvarar för kliniska beslut och hjälper människor att bibehålla, förbättra eller återfå hälsa genom samverkan i team och i

partnerskap med patienten och dess närstående. Vid behov av kompletterande kompetens ansvarar den legitimerade sjuksköterskan också för att konsultera andra medarbetare i teamet. I yrkesutövandet ingår även att hantera funktionsnedsättning, hälsoproblematik eller sjukdom samt att uppnå högsta möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden (SSF, 2017).

Personcentrerad vård

I personcentrerad omvårdnad, vilken är en av sjuksköterskans kärnkompetenser, är partnerskap grundstenen. Utgångspunkten är patientens berättelse och upplevelse av situationen. Sjuksköterskans uppgift är att se människan bakom sjukdomen och etablera partnerskapet genom att coacha och stötta patienten med personlig vårdplan, mål och strategier för att hantera situationen (Ekman, 2014). Det har även visat sig att patienter med hjärtsvikt har fått ökad livskvalitet, minskad symtombörda och ökad motivation genom personcentrerad vård (Kane et al., 2015). Det är också viktigt att vid den personcentrerade omvårdnaden ta hänsyn till patientens kognitiva funktioner och resurser (Strömberg et al., 2012).

Dorothea Orems egenvårdsteori som teoretisk utgångspunkt

Hälsa och hälsosam är termer som enligt omvårdnadsteoretikern Orem (2001) tillskriver levande ting som växter, djur och människor när de är strukturellt och funktionellt hela eller sunda. De fysiska, psykologiska, interpersonella och sociala aspekterna av hälsa är oskiljbara för individen eftersom de alla hänvisar till personens resurser, möjligheter och motivation. Motgångar i form av ohälsa, knapphet på resurser eller utbredd katastrof ger mänskligt lidande. Men motgångar kan också ge människor ökad förståelse för sig själva och andra. Människor som drabbas av motgångar avslöjar ofta de mänskliga egenskaperna mod, tålamod eller förmåga och villighet att ge av sig själv till andra (Orem, 2001).

Ohälsa kallas för frånvaro av hälsa i betydelsen av helhet och okränkbarhet det vill säga varje avvikelse från normal funktion och struktur, utan att det som har skett nödvändigtvis är ohälsosamt eller osunt. Egenvård är en aspekt av hälsosamt liv. Goda hälsovanor är viktiga för att upprätthålla hälsan och förmågan att ändra gamla vanor för att uppfylla nya krav kan vara lika viktigt. Egenvård som handling kräver en bas av utbildning och praktiska erfarenheter av att vårda sig själv (Orem, 2001). Världshälsoorganisationens [WHO] definition av hälsa är ”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning” (WHO, 2006). Orem anser att ordet *tillstånd* i WHO:s definition är begränsande eftersom det talar för att tillståndet är statiskt snarare än dynamiskt vilket innebär att när en människa utvecklas över tid bör även hennes hälsotillstånd också göra det. Orem menar att ordet *skede* hade varit mer passande eftersom det resonerar med en människas personliga utveckling (Orem, 2001).

Orem (2001) låter förstå att hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha kunskap inom en rad områden för att utveckla hälsovetenskap som är lämplig för att hjälpa människor att åstadkomma de förändringar som för dem mot, snarare än bort från, ett tillstånd av helhet och integritet. Läkare och vissa hälsoarbetare tenderar att tänka på människan som en del vilken kallas en kropp och en annan del som kallas ett sinne, där dessa två interagerar. Enligt Orem (2001) är en mer acceptabel bild att människan är en enhet som kan ses som fungerande biologiskt, symboliskt och socialt. Vidare har Orem (2001) ett system som delar in patienter i olika grader av vårdbehov. I ett naturalistiskt synsätt ses patienten som en helhet och utifrån det skapas en individanpassad vårdplan som bygger på hur mycket patienten kan klara att

vårda sig själv i den psykosociala miljön samt hur mycket hjälp sjukvården behöver bistå med för att upprätthålla autonomi hos patienten (Orem, 2001).

I Mohammadpour, Rahmati Sharghi, Khosravan, Alami och Akhond (2015) studie framkom att patienter med hjärtsvikt är i stort behov av att få stöttning, utbildning och rådgivning i egenvård. I studien implementerades en stödjande och pedagogisk utbildning som baserades på Orems egenvårdsteori för att förbättra patienter med hjärtsvikt i att vårda sig själva i deras hemmiljö. Stöttningsen utgick från en utvärdering av en persons kunskap, motivation och färdighet i att vårda sig själv som utgångspunkt för hur mycket hjälp patienten behöver av vården. Sjuksköterskans roll var att reglera, utbilda, stötta och agera rådgivare åt patienterna. Utbildningen visade sig vara effektiv och gav goda resultat bland de utvalda även hos de med låg kunskapsnivå, motivation och färdigheter i egenvård. Orem (2001) definierar människan som en egenvårdare vilken tar ansvar för sin egenvård och utvecklingsmöjligheter genom lärande, erfarenheter och genom samverkan med andra. Därför fann författarna till studien teorin som en utgångspunkt för arbetet (Mohammadpour et al., 2015).

Problemformulering

Hjärtsvikt är den vanligaste anledningen till inläggning på sjukhus vid 65 års ålder och till förtidig död i Sverige, vilket leder till en stor utgiftspost för samhället. För att kunna öka tilliten till den egna förmågan till egenvård har patienten rätt att få kunskap, utbildning och information om sin sjukdom genom konkreta möjligheter och livsstilsförändring för att uppnå bästa möjliga hälsa utifrån de förutsättningar som finns och som patienten besitter. När sjuksköterskan har fler metoder att använda för att möjliggöra utförandet av egenvård finns det goda förutsättningar för patienter med hjärtsvikt att ta hand om sin sjukdom bättre och på så vis uppleva autonomi.

SYFTE

Syftet var att belysa vad som stärker och möjliggör utförandet av egenvård hos patienter med hjärtsvikt.

METOD

Design

Metoden som valdes var en litteraturoversikt. Det är en väl beprövad metod att sammanställa relevant kunskap från vetenskapliga artiklar som kan omsättas i praktiken och är den uppsatsformen inom hälso- och vårdvetenskapliga området som svarar på författarnas syfte. Litteraturoversikten genomförs för att få mer information om en specifik fråga eller fördjupa sig inom ett visst forskningsområde för att undersöka vilka metoder som använts genom att sammanställa andras forskningsresultat (Kristensson, 2014). För att försäkra sig om att litteraturoversikten är av god kvalitet och har hög trovärdighet är det viktigt att den är reproducerbar (Polit & Beck, 2017). En grundlig redovisning av sökprocessen är av betydelse för att läsaren ska kunna bedöma relevansen av texterna som valts ut (Friberg, 2017). En vetenskaplig artikel kännetecknas av vissa kriterier; att forskningsarbetet publiceras för första gången i en vetenskaplig tidskrift, tillgänglighet vilket betyder att andra forskare får tillgång till artikeln, enhetlig presentation i form och struktur samt att den är kritiskt granskad av experter (Forsberg & Wengström, 2015). Litteraturoversikten utgår från både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Personers levda erfarenheter av ett fenomen studeras i kvalitativ metod

(Henricson & Billhult, 2017). Den kvantitativa metoden innebär användning av observationer eller strukturerade mätningar för att få svar på forskningsfrågan (Billhult, 2017).

Urval

Avgränsningar

Den här litteraturöversikten baserades på 15 artiklar som ansågs relevanta för undersökningsområdet och som besvarade syfte och endast originalartiklar inkluderades (Segesten, 2017). Urval har gjorts genom användning av avgränsningar samt inklusions- och exklusionskriterier, vilket är vedertaget för etablerad forskningspraxis (Rosén, 2017). Inklusions- och exklusionskriterier användes för att hitta relevanta och tillförlitliga vetenskapliga artiklar till litteraturöversiktens resultat (Kristensson, 2014). Avgränsningarna som användes var engelskt språk, publikationsår 2011–2019 och peer-reviewed. De flesta vetenskapliga artiklarna är skrivna på engelska (Östlundh, 2017) och därför avgränsades artiklar på andra språk. För att så ny forskning som möjligt skulle användas i litteraturöversikten avgränsades artiklar äldre än tio år. Artiklarna har varit peer-reviewed för att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten och trovärdigheten i litteraturöversikten. Detta innebär att artiklarnas innehåll har kvalitetsgranskats av experter innan publicering i vetenskapliga tidskrifter (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier

Forskningsartiklarna till datainsamlingen var publicerade i vetenskapliga tidskrifter (Friberg, 2017). Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades i resultatet då dessa tillsammans gav en större insyn i patienter med hjärtsvikts mående (Kristensson, 2014). Olika forskningsmetoder ger olika perspektiv vilket kan förstärka resultatets fynd (Henricson, 2017). Vetenskapliga artiklar som var publicerade år 2011–2019 inkluderades för att säkerställa att forskning är så aktuell som möjligt. Dessutom valdes de artiklar ut som rörde patienter över 18 år och kunde kopplas till syftet, hjärtsvikt och de bärande begreppen. Kön, socioekonomisk status och geografisk begränsning har inte tagits hänsyn till.

Exklusionskriterier

Artiklar som inte beskriver hjärtsvikt eller överensstämmer med studiens syfte har exkluderats. Även reviews exkluderades då de sammanställer redan publicerade studier och är därför inte en originalartikel (Polit & Beck, 2017). Studier som inte innehöll abstrakt, inte var etiskt beprövade samt på annat språk än engelska exkluderades.

Datainsamling

Datainsamlingen startade med ett handledningsmöte med en bibliotekarie från Sophiahemmet Högskola. Enligt Rosén (2017) kan det vara en fördel att ta hjälp av bibliotekspersonal för att utveckla en optimal sökstrategi. En avgränsning gjordes i sökningen i databasen The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] för att enbart få fram peer-reviewed artiklar. I databasen Public Medline [PubMed] gick författarna in i tidskriften för varje artikel för att kontrollera att artiklarna var peer-reviewed.

De vetenskapliga artiklar som ligger till grund för resultatet i litteraturöversikten har återfunnits genom sökningar i databaserna CINAHL och PubMed. Valet av databaser grundar sig på att innehållet består av vetenskapliga artiklar med forskning inom medicin och

omvårdnad (Polit & Beck, 2017). Med hjälp av Svenska Medical Subject Headings [Svensk MeSH] översattes sökord för att få rätt begrepp. För att få en specifik träff i PubMed har Medical Subject Headings [MeSH]-termer använts som sökord och subheadings. I CINAHL har Subject Headings och subheadings använts och för att få med underliggande termer användes "Explode" som markeras med "+" efter sökordet i tabell 1. Även fritextsökning har använts. Sökorden "motivation", "self care", "self-management", "self-efficacy" och "heart failure" har kombinerats med booleska operatorerna AND och OR. Dessutom har sökordet "Orem Self-Care Model" använts tillsammans med "heart failure" för att hitta artiklar som innehöll litteraturöversiktens teoretiska utgångspunkt. För att bredda sökningen har OR använts mellan två eller flera begrepp medan AND har använts för att smalna av sökningen (Forsberg & Wengström, 2015). I tabell 1 redovisas kombinationen av sökorden i de olika databassökningarna som genererades i lästa abstract och artiklar. Andra sökningar som gjorts har inte redovisats i tabellen.

Tabell 1. Presentation av databassökning i CINAHL och PubMed.

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL 20200401	(((((MH "Self Care+") OR "Self Care") OR Selfcare) OR Self-management) OR "self-efficacy") AND (MH "Motivation+") OR Motivation OR TI Motivation OR AB Motivation AND (MH "Heart Failure+") OR TI Heart Failure AND AB Heart Failure	60	41	10	9
PubMed 20200401	("Heart Failure"[MeSH Terms] OR Heart Failure[Title/Abstract]) AND(((Motivation[Title/Abstract] OR "Motivation" [MeSH Terms]) OR "motivation" [All Fields])) AND (((("Self Care"[All Fields] OR "Self Care"[MeSH Terms]) OR ("Self"[All Fields] AND "Care"[All Fields]) OR "selfcare"[All Fields])) OR "Self-management" [All Fields]) OR "Self-efficacy" [All Fields])	72	57	9	4
CINAHL 20200408	(MH "Orem Self-Care Model") AND heart failure	10	1	1	1

Manuell sökning					1
TOTALT		171	104	22	15

Manuell sökning

För att hitta ytterligare artiklar som speglade arbetets syfte gjordes även en manuell sökning. En relevant artikel valdes ut från referenslistan från en av de utvalda artiklarna som kom med i sökningen då författarna till arbetet fann att den var aktuell för syftet. Den inkluderade artikeln var skriven av Klompstra, Jaarsma och Strömberg (2018) och är markerad med ** i referenslistan.

Kvalitetsgranskning

För att kontrollera att artiklarna som låg till grund för resultatet i litteraturöversikten var av tillräckligt hög kvalitet har Sophiahemmet Högskolas modifierade bedömningsunderlag för vetenskaplig kvalitetsklassificering av studier med antingen kvalitativ eller kvantitativ ansats använts, bilaga A (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Artiklarna klassificerades utifrån en tregradig skala; hög kvalitet, medel kvalitet och låg kvalitet (bilaga B). De som bedömdes mest relevanta och hade högst kvalitet fick ingå i resultatet (Kristensson, 2014). Målet var att inkludera så många artiklar med hög kvalitet som möjligt. Endast en artikel behövde exkluderas på grund av för låg kvalitet i detta arbete, medan 15 artiklar inkluderades. De inkluderade artiklarna är märkta med en asterisk (*) i referenslistan.

Dataanalys

En integrerad analys har använts av författarna för att analysera artiklarna. Detta innebär enligt Kristensson (2014) en systematisk struktur i flera olika steg för att gallra artiklarna och välja ut de artiklar som passar syftet och som ska tas med i litteraturöversiktens resultat. Stegen ska dokumenteras så att läsaren av litteraturöversikten förstår hur valen gjorts. Tillsammans började författarna med en gallring genom att abstrakt lästes och studier där syftet inte motsvarade litteraturöversiktens syfte sorterades bort. I nästa steg läste författarna till detta arbete de utvalda artiklarna i fulltext var för sig och antecknade det som ansågs relevant i varje artikel. Efter det granskade författarna kritiskt artiklarna tillsammans som valts ut för genomläsning i fulltext. För att göra en bra och systematisk granskning behövs en speciell granskningsmall, menar Kristensson (2014). Artiklarnas resultat färgkodades därefter så att liknande innehåll låg tillsammans för att förenkla en integrerad analys samt förenkla identifieringen av likheter som sedan skapade kategorier. Avslutningsvis sammanställdes resultaten av de båda författarna gemensamt under de olika kategorierna. På så vis presenterades resultatet på ett överskådligt sätt. Författarna till litteraturöversikten har följt riktlinjerna för arbetet och inkluderat de mest relevanta artiklarna samt motiverat sina val noggrant (Kristensson, 2014). I bilaga B är de inkluderade artiklarna sammanställda i en matris med information om författare, syfte, metod, urval, genomförande, resultat och metodologisk kvalitet.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik innebär tillämpad etik, det vill säga att allmänna etiska insikter appliceras på ett bestämt område. Helsingforsdeklarationen reglerar lagstiftningen kring forskning på människor och kräver informerat samtycke samt rätten att dra sig ur en studie och kravet på etikprövning av forskningen. Deklarationen i sig ingår inte i någon lagstiftning utan är bara riktlinjer antagna av World Medical Association (Helgesson, 2015). Enligt Vetenskapsrådets expertgrupp för etik (2017) är plagiat den vetenskapliga oredlighet som är vanligast förekommande. Plagiat innebär att en forskare frambringar idéer, data, textavsnitt och resultat på ett sätt så det ser ut som om det är forskarens egna resultat trots att de har framställts av en annan forskare. Genom att avvika från god forskningssed kan förtroendet för forskning skadas. Objektivitet behålls genom att artiklar läses med ett öppet sinne så att verkligheten beskrivs korrekt, rättvisande och opartisk (Helgesson, 2015). En risk med icke-systematiska översikter är att de ofta baseras på studier som författarna redan känner till. En annan fara är att författarna endast väljer ut artiklar som stödjer deras åsikter. För att undvika detta är det av största vikt att läsaren själv kan evaluera trovärdigheten i resultatet och avgöra om relevant litteratur inte är inkluderad (Rosén, 2017). I detta arbete har inte plagiering förekommit och källan bakom det som inkluderats från annan person har tydligt angetts.

RESULTAT

Resultatet bygger på 15 artiklar med både kvantitativa och kvalitativa studier vilka resulterade i tre kategorier och sex underkategorier: 1). **Motivation till egenvård** med underkategorierna rädsla för döden och kärleken till livet samt känslan av hopplöshet inför sjukdomen. 2). **Livet förändras** med underkategorierna stöd från närstående och vårdpersonal samt hjälpmedel. 3). **Lyssna på ditt hjärta** med underkategorierna acceptans, autonomi och kontroll samt självkänsla, ökad erfarenhet och tillit.

Motivation till egenvård

Patienter med hjärtsvikt blev motiverade till egenvård när de gjordes delaktiga i sin sjukdom genom att den blev begriplig, hanterbar och meningsfull och att de fick möjlighet att tänka ut egna metoder för att ta hand om sig i hemmet med sjukvården som stöd. Motivation till egenvård handlade också om att bryta gamla hjulspår och mönster som till exempel matvanor och småätande. Att låta bli att köpa hem sötsaker och snacks från mataffären eller när tiden var knapp falla för snabbmat. Några patienter kände ett utanförskap och tyckte att det var svårt att fråga efter mindre saltad mat vid middagstillställningar eller på restaurang. (Chew, Sim, Cao & Chairs, 2019; Stamp et al., 2016).

Rädsla för döden och kärleken till livet

Framförallt yngre patienter som efter ett antal månaders egenvård kände sig bättre i sin hjärtsvikt, fasade gradvis ut läkemedlen och den omvårdnaden som hade krävts, medvetet eller omedvetet. Först när sjukdomen kom tillbaka och hade förvärrats blev de varse att döden kom närmare inpå livet. Det blev sedan motivationen till att ta sjukdomen och egenvården på allvar. Äldre patienter var mer intresserade av hälsofrämjande aktiviteter för att behålla sitt oberoende och att klara sig själva (Abotalebidiariasari, Memarian, Vanaki, Kazemnejad & Naderi, 2016; Peters-Klimm et al., 2013). En del patienter märkte att familjemedlemmarna blev påverkade och vårdades av sjukdomen därför blev det ännu viktigare att förhindra symtom och sköta egenvården noggrant för att inte skapa stress och belasta omgivningen. Vikten av att välja livet och se hälsosam ut inför familjen motiverade

flera patienter till att sköta egenvården (Abotalebidiariasari et al., 2016; Chew et al., 2019). Vissa patienter utförde egenvård för att skjuta upp sjukdomsutvecklingen så att de kunde fortsätta arbeta och försörja sina familjer. Några patienter kände sig mer vid liv av förbättrad fysisk kondition vilket motiverade dem till att fortsätta med egenvård. Skillnaden på lidandet som uppstod när de gav upp sitt egenvårdsschema mot när de höll sig aktiva visade sig vara hjälpsamt i förståelsen av värdet av egenvård (Abotalebidiariasari et al., 2016; Stamp et al., 2016).

Känslan av hopplöshet inför sjukdomen

En del patienter med hjärtsvikt upplevde att egenvård inte gav något resultat och tappade därför hoppet och motivationen till att utföra den. Vissa yngre deltagare kände sig hjälplösa när deras hälsotillstånd försämrades trots att de lagt ner kraft på att ta hand om sig själva vilket i sin tur minskade deras motivation. (Abotalebidiariasari et al., 2016; Chew et al., 2019). Rädsla för att överanstränga sig gjorde att vissa patienter, särskilt de som hade erfarenhet från fysisk aktivitet sedan tidigare, undvek fysisk ansträngning (Abotalebidiariasari et al., 2016; Chew et al., 2019). Förutom att patienter med hjärtsvikt var motiverade till att vara fysiskt aktiva krävdes det att de upplevde en förmåga att klara uppgiften. När förmågan var låg var det inte givet att hög motivation ledde till ökad fysisk aktivitet (Klompstra, Jaarsma & Strömberg, 2018; Stamp et al., 2016). Det som påverkade aktivitetsnivån hos patienterna var den upplevda nyttan med fysisk aktivitet i relation till ansträngningen, självförmågan och det sociala stödet. Några patienter uppgav dock att deras partner eller barn kunde vara överbeskyddande men utgick från att familjen skulle vänja sig vid deras sjukdomsdiagnos och lära sig leva med den (Abotalebidiariasari et al., 2016; Tierney et al., 2011).

Livet förändras

Patienterna har behov av stöttning både från vården och närstående för att motivera sig själva att utföra egenvård (Hägglund, Strömberg, Hagerman & Lyngå, 2019; Stamp et al., 2016).

Stöd från närstående och vårdpersonal

Sjukvårdspersonal behövde erbjuda utbildning till patienterna för att de skulle förstå sin sjukdom och sjukdomsprocessen bättre (Peters-Klimm et al., 2013; Zhang, Dindoff, Arnold, Lane & Swartzman, 2015). Om patienterna kände stöttning från sjukvården ökade deras förmåga att utföra egenvård. Även motivering av närstående gav resultat för patienterna i utförandet av egenvård. Självhjälpsgrupper, stöd från familjen och förtroende för sjuksköterskor var till stor hjälp för att motivera patienterna till egenvård. Vänner eller andra patienter med samma sjukdom kunde också leda till att patienterna blev mer positiva till sin nya livssituation. Några patienter upplevde att egenvården gav trygghet, hopp och stöd till familjemedlemmarna, vilket skapade motivation till att fortsätta egenvården (Abotalebidiariasari et al., 2016; Chen, Zou, Zhang, Fang, & Fan, 2017). Men en dåligt fungerande familjesituation ledde till att patienter med hjärtsvikt hade sämre självförtroende att utföra egenvård och sämre motivation att sköta om sig själva (Stamp et al., 2016). Lägre nivå av instrumentellt stöd, det vill säga stöd i form av hjälp från någon annan att slutföra en specifik uppgift eller aktivitet, ledde till att patienten ökade sitt självförtroende och hen kunde klara sin egenvård själv. Även emotionellt stöd ledde till att patienter med hjärtsvikt tog bättre hand om sin egenvård (Chen et al., 2017; Fivecoat, Sayers & Riegel, 2018). Andra människors känslomässiga stöd och uppmärksamhet på sjukdomstecken gjorde att patienterna själva agerade mer proaktivt när det gällde ökade symtom. Detta visar att närstående spelade

en stor roll i att hjälpa patienterna att följa rekommenderad diet eller att övervaka symtom (Fivecoat et al., 2018; Stamp et al., 2016).

Hjälpmedel

Dagens teknologi kunde guida patienter med hjärtsvikt i att hantera sjukdomens symtom på ett effektivt sätt. När de var uppkopplade mot apparater såsom telemonitorer för att mäta olika parametrar som till exempel vikt, blodtryck och puls var det viktigt att de kände förtroende för både den tekniska utrustningen och personalen på sjukhuset som skulle läsa av mätvärdena. Tack vare dessa lärde sig patienterna att själva upptäcka tecken och symtom på sjukdomen och kunde därmed utveckla förmågan till egenvård och förstå sambandet mellan handling och konsekvens (Jaana, Sherrard & Paré, 2018; Riley, Gabe & Cowie, 2013). Det visade sig att när vissa patienter använde telemonitor för att upptäcka symtom upplevde de en minskad förmåga att vara involverade i besluten som var relaterade till deras hjärtsvikt. Dessutom observerades att behovet av stöd från familj och vänner minskade när patienterna använde telemonitor (Hägglund et al., 2019; Jaana et al., 2018).

Det var även viktigt att sjuksköterskor kände trygghet med de tekniska lösningarna för att kunna rekommendera dessa till patienter med hjärtsvikt och att patienterna upplevde trygghet i användandet av verktyget för att ta hand om sin egenvård. En mobilapp med relevant information för patienter med hjärtsvikt som påminnelser för medicinering, kontakt med sjukvården med mera gjorde att patienterna kände sig säkrare och mer involverad i sin egenvård (Athilingam et al., 2016; Guo et al., 2019). Med mobilhälsa (mHealth) kunde patienter med hjärtsvikt lära sig att upptäcka och tyda sina symtom vilket gjorde att några inte längre kände sig lika ensamma med sjukdomen. De upplevde också en möjlighet att kunna göra något själva vilket skapade en känsla av autonomi samt ökad självkänsla. En risk med tekniska hjälpmedel kunde vara problem med tekniken men med lättillgänglig teknisk support var det lätt att övervinna det hindret (Athilingam et al., 2016; Hägglund et al., 2019). Även webbaserade interventioner kunde vara ett alternativ för att förbättra egenvården hos patienter med hjärtsvikt. Det var dessutom ett kostnadseffektivt hjälpmedel för att ta hand om patienter i sitt hem (Jaana et al., 2018; Lloyd et al., 2017).

Lyssna på ditt hjärta

En av de mest avgörande faktorerna till motivation av egenvård var möjligheten att få tillbaka sitt gamla liv igen. Därför var flera patienter villiga att genomgå komplexa behandlingar, interventioner och egenvård om resultatet kunde lindra lidande och förebygga symtom relaterade till hjärtsvikt som annars skulle leda till sjukhusvistelse. De upplevde frihet, autonomi och kontroll när sjukdomen kunde hållas i schack (Abotalebidiariasari et al., 2016; Peters-Klimm et al., 2013; Stamp et al., 2016; Zhang et al., 2015).

Acceptans, autonomi och kontroll

De största anledningarna att utföra egenvård var fysisk självständighet, behålla energin, spendera tid med sin familj och vänner samt att ha kontroll över sitt liv. Det var av största vikt att förstå att patienter med hjärtsvikt stod inför många olika prioriteringar varje dag, autonomi och sociala relationer kunde vara minst lika viktiga som fysiskt välbefinnande (Abotalebidiariasari et al., 2016; Chen et al., 2017; Zhang et al., 2015). Ur det ontologiska perspektivet var det några patienter som upplevde att egenvården blev en naturlig del i deras liv och att det fanns en mening med det som skett. De hade lättare att acceptera

sjukdomsdiagnosen och hanterade den som en del i att vara människa (Abotalebidiariasari et al., 2016).

Självkänsla, utökad erfarenhet och tillit

Fördjupad kunskap och information om hjärtsvikt hjälpte patienter att överkomma sin oro och ångest. Som resultat fick de en ökad självkänsla och tillit till sig själva. Attityd och stödresurser bland både omsorg- och sjukvårdspersonal samt familj och närstående hade också stor påverkan på patienters förmåga till acceptans av sin sjukdomsdiagnos (Abotalebidiariasari et al., 2016; Zhang et al., 2015). För några patienter var det ibland de närstående som hade större inflytande än sjukvårdspersonalen och för att kunna tillgodose patientens preferenser och möjligheter till utveckling var det därför viktigt att de närstående fick god kunskap om hjärtsvikt för att bättre kunna stötta den sjuke. En strategi som vissa patienter använde var att stanna upp och ta en timeout från sjukdomen för att sedan omtolka diagnosen och hitta nya vägar till acceptans och motivation. För andra patienter var det också viktigt att upprätthålla sitt utseende det vill säga att fortsätta leva utifrån och in och inte bara identifiera sig med sin hjärtsvikt och leva från insidan ut (Stamp et al., 2016).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I resultatet fann författarna till litteraturöversikten att patienter med hjärtsvikt kunde bibehålla livskvaliteten med olika handlingar och med motivation att utföra egenvård. Detta stöds även av Abotalebidiariasari et al. (2016) som menar att när patienterna med hjärtsvikt förstod värdet av egenvård kände de sig trygga och fortsatte med egenvårdsaktiviteterna. Även Orem's egenvårdsteori anser att patienter med hjärtsvikt behöver stöttning, utbildning och rådgivning i utförandet av egenvård för att skapa motivation och färdighet att vårda sig själv i hemmiljö (Orem, 2001). Önskan att vara oberoende av andra motiverade också patienterna till egenvård (Stamp et al., 2016) vilket harmonierar med ontologin som beskriver människan som handlande, skapande och aktiv (Wärnå-Furu, 2017).

Stöttning från sjuksköterskor, självhjälpgrupper, patienter i liknande situation, vänner och hoppfulla familjemedlemmar var alla viktiga motivationsfaktorer för att utföra egenvård för patienter med hjärtsvikt vilket också gav upplevelsen av både frihet och autonomi (Abotalebidiariasari et al., 2016). Fivecoat et al. (2018) däremot, fann att en patientgrupp med mindre stöd hemifrån blev mer motiverade att klara sig själva och ökade därmed sitt självförtroende att utföra egenvård. Stamp et al. (2016) å andra sidan upptäckte att några patienter med en sämre fungerande familjesituation gav upphov till lägre självkänsla och mindre motivation att ta hand om sig själva vilket visade på att emotionellt stöd var mest betydelsefullt. Abotalebidiariasari et al. (2016) menar att olika personligheter påverkade hur patienten såg på sin sjukdom och livssituation. För en viss patienttyp gällde att när det förväntade resultatet inte uppnåddes tappade patienterna lust, hopp och motivation till egenvård.

Orem (2001) menar att förmågan att ändra osunda vanor är en viktig aspekt av egenvård och att det bygger på personlig utveckling i form av praktiska kunskaper i lösningsorienterad riktning snarare än ett resultat eller tillstånd. Antonovsky (1987) beskriver i linje med Orem att praktiska förändringar som att bryta vanemässiga mönster i utförandet av egenvård bidrar till både en ökad självkänsla och självkänedom samt förmågan att kunna hantera den stress

som hjärtsvikt innebär. Detta speglades i en patientgrupp i Abotalebidiariasari et al. (2016) studie där patientgruppen valde att acceptera sin sjukdom och verka för ett så friskt liv som möjligt utifrån de förutsättningarna de hade. De omprioriterade sina liv och kunde uppleva en livskvalitet som var bättre än innan sjukdomsdiagnosen. Författarna till litteraturöversikten inkluderar även fysisk aktivitet i begreppet egenvård, dock saknade författarna djupgående forskning om mer specifik rådgivning kring kost och nutrition när det kom till patienter med hjärtsvikt.

Vad som däremot inte framkom lika tydligt menar Gusdal, Josefsson, Adolfsson och Martin, (2016) var hur de närstående som informella vårdgivare mår, hur deras liv förändrats och vilka behov av stöd de behövde för att orka med situationen. Informella vårdgivares erfarenheter och önskan spelade en avgörande roll i att skapa motivation för den sjuke (Gusdal et al., 2016; Stamp et al., 2016). De fungerade som länken mellan sjukvården och den sjuke men har också personliga behov som återhämtning och sociala aktiviteter. Det fanns en risk att närstående valde bort sig själva och blev dränerade (Gusdal et al., 2016). Författarna tryckte också på vikten av att sjukvården skulle stötta den närstående som är en informell vårdgivare, för att kunna bemöta den sjuke på en korrekt nivå. Detta både för att spara på egen kraft men också av respekt för den som var sjuk. Ömsesidig förståelse, sjukdomsuppfattning samt hantering av den nya situationen behövde vara i balans mellan den närstående och den sjuke för att det inte skulle skapa mer stress, oro, frustration och slitningar i relationen (Chen et al., 2017; Gusdal et al., 2016). Dagsformen vid hjärtsvikt varierar från dag till dag vilket gjorde livet svårt att planera i form av resor och sociala tillställningar. Att leva i nuet och fånga ögonblicket blev viktigt både för den sjuke och den närstående. För närstående kunde det vara av avgörande betydelse för välbefinnandet att släppa taget om den sjuke för en stund och unna sig en promenad i skogen eller fika tillsammans med vänner (Gusdal et al., 2016). Dock kunde familjer som inte var välfungerande ha en negativ effekt på motivation och självförtroende hos patienten medan andra patienter som inte hade någon som tog hand om dem blev motiverande till egenvård för att behålla sin självständighet (Stamp et al., 2016).

Digital mognad var en viktig faktor som påverkade patienters öppenhet att prova tekniska hjälpmedel i utförandet av egenvård för att dagligen kunna läsa av vitala mätvärden. De flesta patienter med hjärtsvikt är över 65 år (Roger, 2013) och den gruppen är mindre vana vid att navigera i mobiler (Lloyd et al., 2017). Hos de individer som tackat ja till att vara med i studier där telemonitorering eller mobilappar har testats, har det krävts ett fungerande internet i hemmet för att deltagaren skulle kunna medverka i studien vilket tyder på vana att hantera mobiler, datorer och annan teknisk utrustning. Lloyd et al. (2017) lade fram fem användarvänliga alternativ för att underlätta hanteringen av digitala verktyg. De innehöll bland annat en tydlig manual med skärmdumpar, en fem-minuters introduktionsvideo, en forskningsassistent som fanns till hands för att lära ut funktioner samt ett telefonnummer där deltagarna kunde få hjälp vid problem. För att patienterna skulle uppskatta stödet krävdes att de hade förtroende för och kunskap om vilken hjälp hen kunde få av det tekniska hjälpmedlet (Jaana et al., 2018).

Riley et al. (2013) som menar att patienter vilka använde telemonitorering fick större förtroende, med hjälp av sina egna erfarenheter, för kontaktsjuksköterskan och förståelse för hennes professionella kunskap. Detta ledde till att patienterna fick ökat självförtroende att utöva egenvård. Patienterna blev stärkta när de kände sig inkluderade i vården och delaktiga i besluten kring sin sjukdom, vilket stöds av ny forskning gjord av Walker, Tong, Howerd och Palmer (2019) som visade att patienter som använde telemonitorering kände sig mer jämlika i

kontakten med sjukvården och upplevde ett större personligt ansvar för sitt mående vilket underlättade vid diskussioner av olika mätvärden. Enligt Walker et al. (2019) visade det sig också att en uppkoppling via telemonitor gjorde att patienten kände sig mindre ensam när hen var hemma vilket bidrog till ökad trygghet och delat ansvar. Jaana et al. (2018) visade å andra sidan att vissa patienter erfor att de var mindre involverade och aktiva i besluten gällande deras hjärtsvikt när de använde en telemonitor. Detta på grund av telemonitors övervakningsfunktion av symtom och den rekommenderade hanteringen av dessa i kombination med tillgängliga riktlinjer. Det ledde till att patienternas uppfattning om sin medverkan i beslutsfattandet kändes begränsat. Det fanns också en risk att patienten helt förlitade sig på telemonitorn och hade ett passivt beteende när det kom till att upptäcka symtom (Jaana et al., 2018). Athilingam et al. (2016) belyste en annan viktig komponent vilken var sjuksköterskors digitala mognad och kunskap. För att föreslå en teknisk lösning till patienten var personalens kunskap i form av hantering och förtroende för hjälpmedlet avgörande.

I ett större perspektiv är hållbar hälsa ett incitament i utvecklandet av vården och går att koppla till både ett individuellt och ett samhälleligt plan. Förbättringen omfattar både mikro- och makroperspektivet. Det förstnämnda visar vikten av den närståendes vårdande och omhändertagande i hemmet i kombination med telemonitoring och annan teknisk utrustning, vilket gynnar både miljön och klimatförändringar samt samhällsekonomin. Sjukvårdskostnaderna går att sänka om de informella vårdgivarna mår bra, upplever stöd och får tillgång till god kunskap om sjukdomen och omsorg. Sjukdomsinsikt och kunskap är också gynnsamt i fattiga länder, när sjuka kan ta hand om sig själva och varandra. Makroperspektivet belyser de globala hållbarhetsmålen när det kommer till hjärtsvikt vilka är hälsa och välbefinnande, jämställdhet och minskad ojämlikhet. Hälsa och välbefinnande handlar om att god hälsa är grundläggande för att människor ska kunna bidra till samhällets utveckling genom sin fulla potential (UNDP, 2019a). Jämställdhet är en förutsättning för en hållbar och fredlig utveckling. Det handlar om en rättvis och jämställd fördelning mellan inflytande, makt och resurser mellan kvinnor och män samt även politisk, ekonomisk och social fördelning för en hållbar utveckling (UNDP, 2019b). Minskad ojämlikhet omfattar principen för allas lika rättigheter och möjligheter. Att främja alla människors förmågor till att delta och påverka utvecklingen bidrar till positiv ekonomisk utveckling och minskad fattigdom (UNDP, 2019c). För att Sverige ska kunna bidra till positiv ekonomisk utveckling och jämlikhet behöver hälso- och sjukvården bli tydligare i arbetet att stärka hälsa genom att förebygga ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018).

Metoddiskussion

Litteraturoversikt som metod valdes för detta självständiga arbete. Den ansågs som mest användbar för en bred översikt men även djupare kunskap att sammanfatta relevant och aktuell information inom valt område (Polit & Beck, 2012; Kristensson, 2014). Syftet med arbetet var att belysa vad som stärker och möjliggör utförandet av egenvård hos patienter med hjärtsvikt. Relevanta vetenskapliga artiklar togs fram genom systematiska sökningar i databaserna CINAHL och PubMed, vilka anses tillförlitliga för forskning inom omvårdnadsvetenskap och ökar därmed kredibiliteten för vetenskaplig forskning (Polit & Beck, 2017). Författarna till litteraturoversikten uppfattade att artiklarna påträffades utan svårigheter och menar att det beror på att sjukdomen är den vanligaste anledningen till inläggning på sjukhus och därför finns mycket relevant forskning inom området. Artiklar om tekniska hjälpmedel som underlättar egenvård fanns det också gott om då nya produkter inom området hela tiden är under utveckling. Författarna har valt att vara lösningsorienterade

istället för problemfokuserade och därför riktat in sig på artiklar om fysisk aktivitet och matvanor istället för destruktiva handlingar som till exempel rökning.

Friberg (2017) menar att det vedertagna språket inom forskning och vetenskap är engelska för att kunna nå ut till fler läsare, därför söktes endast artiklar på detta språk med risk för eventuellt bortfall av forskning skriven på annat språk. Eftersom samtliga artiklar i studien var skrivna på engelska medförde det en översättning till svenska språket som i sin tur ökade risken för feltolkningar och språkförvecklingar. Som hjälpmedel för att minimera den risken användes lexikon vid översättning av samtliga artiklar.

Som teoretisk utgångspunkt i litteraturöversikten valde författarna Dorothea Orems egenvårdsteori eftersom den bygger på autonomi och att göra patienten oberoende i möjligaste mån. Orem (2001) menar att hälsa också är personlig utveckling och uttrycker att när brist på egenvård uppstår, vilket inte är ovanligt för patienter med hjärtsvikt eftersom syrebrist i hjärnan kan skapa kognitiv svikt, inträder en obalans i förmågan till egenvård. Oförmågan kan avhjälpas genom att informella vårdgivare och sjuksköterskan tillsammans med patienten samt tekniska hjälpmedel förnyar och anpassar omvårdnadsplanen till den kapacitet av egenvård som patienten uppvisar i nuläget. På det sättet bidrar sjuksköterskan till att stärka patientens autonomi även om sjukvårdsinsatserna ökar (Orem, 2001). Författarna till det självständiga arbetet valde därför att göra en sökning med sökorden Orem och hjärtsvikt i databasen Cinahl och fann en artikel som efter noggrann granskning inkluderades.

Enligt Polit & Beck (2017) bör datainsamlingen och analysförfarandet vara återskapningsbart för högre trovärdighet. Enligt Forsberg och Wengström (2016) kan studiens reproducerbarhet ha påverkats av den enskilda manuella sökningen. Reproducerbara studier innebär att forskare får samma resultat om de tillämpar samma metod (Rosén, 2017). Trovärdigheten är dock opåverkad eftersom samma urvalskriterier ställdes på den funna forskningsartikeln. Risker med icke-systematiska översikter är att författarna endast väljer ut artiklar som stödjer deras åsikter eller att översikten baseras på artiklar som författarna redan kände till. I en strävan att minimera denna risk har författarna reflekterat över och diskuterat sin egen förförståelse samt hela tiden försökt vara neutrala och läst artiklarna med ett öppet sinne. Författarna till studien fann stycken om coping i flera av de utvalda artiklarna och efter gemensam diskussion huruvida coping som ämne skulle tas med eller inte kom de fram till att utesluta coping eftersom det inte svarade an på litteraturöversiktens syfte.

Majoriteten av de 15 artiklarna som presenteras i resultatet återfanns i databasen CINAHL där det var möjligt att avgränsa sökningen så att endast peer-reviewed artiklar inkluderades vilket, enligt Polit och Beck (2017), innebär att de har granskats av fler än två anonyma experter inom området. Detta säkerställde kvaliteten som motsvarar Sophiahemmet Högskolas kvalitetskrav (Bilaga A) som är framtagna av Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016). Artiklarna från databasen PubMed kvalitetssäkrades genom att kontrollera tidskrifternas hemsidor där kvalitetskraven är nämnda. De inkluderade artiklarna hade olika design, fem artiklar var kvalitativa och resten kvantitativa studiemetoder. Tillsammans gav de båda metoderna möjlighet att undersöka ämnet från olika synvinklar och gjorde det möjligt att presentera resultatet utifrån olika perspektiv (Forsberg & Wengström, 2015). De kvalitativa studiernas metod kan begrundas med begrepp som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet för att utröna huruvida studien är tillförlitlig. De kvantitativa studierna däremot kan diskuteras med reliabilitet och validitet som begrepp (Henricson, 2017). Genom att författarna till litteraturöversikten hade de olika perspektiven i åtanke vid genomläsningen av

artiklarna underlättade det förståelsen om studiens syfte och hypoteser blivit besvarade i artiklarna. Enligt Polit och Beck (2017) vill forskare inom omvårdnad som gör en kvantitativ studie ofta utveckla mätinstrument för både kliniska- och forskningsändamål samt för att ta fram effektiva vårdinitiativ. Kvalitativa studier gjorda av forskare inom samma område görs för att öka sjuksköterskans förståelse för patientens oro och erfarenheter. I det här arbetet har kvalitativa studier gjorts för att på ett mer djupgående sätt förstå vad som motiverar patienter med hjärtsvikt till att utföra egenvård. De kvantitativa studierna däremot har fokuserat på att utvärdera de tekniska hjälpmedel som finns eller håller på att utvecklas för att hjälpa patienter med hjärtsvikt att stärka och möjliggöra utförandet av egenvård.

Författarna till det självständiga arbetet valde att göra en avgränsning utifrån 18 års trots ålder då de flesta personer som har hjärtsvikt är över 65 år (Roger, 2013). I de studier som påträffades vid sökningen av artiklarna fanns heller inga deltagare under 18 år. Inte heller den socioekonomiska aspekten avgränsades eftersom författarna till arbetet menar att vården bör vara personcentrerad. Patienter har rätt att få information på en nivå som de kan ta till sig samt få hjälp att hitta motivation till att utföra egenvård på ett sätt som passar just dem. En svaghet kan vara att eftersom det är frivilligt att delta i studierna är de deltagare som accepterar att vara med i en studie om egenvård redan motiverade att vara oberoende av vården och inte hamna på sjukhus igen, medan de patienter där motivationen är låg inte är lika benägna att delta. Detta kan leda till att resultaten från studierna är mer positiva än om alla patienter från till exempel en hjärtsviktsavdelning hade deltagit.

Studierna som de utvalda artiklarna baserades på var gjorda i åtta olika länder. Författarna anser att resultaten är jämförbara med svenska levnadsförhållanden eftersom det i flera studier krävdes tillgång till en specifik teknisk utrustning som mobiltelefon eller internet i hemmet för att kunna delta. Detta visar att deltagaren har en viss nivå av digital mognad. Denna faktor kan dock vara en begränsning då de patienter med hjärtsvikt som inte hade en tillräckligt hög digital mognad inte kunde delta i studien. Dessutom kan det leda till att de patienter som deltog i studierna redan var motiverade och positiva till digitala lösningar. Källkritiken är extra viktig när det kommer till studier gjorda med digitala lösningar då det är viktigt att utröna vilket syfte källan har, om författaren är objektiv eller vill sälja något (Karlsson, 2017). Målet med egenvård för patienter med hjärtsvikt är att de ska kunna leva så bra med sjukdomen och behandlingen som möjligt oavsett nationalitet därför är resultaten från studierna relevanta oavsett ursprungsland.

Artiklarna som inkluderats i det självständiga arbetet har granskats i enlighet med de etiska överväganden som författarna gjort inför arbetet. Endast i en av de utvalda artiklarna kunde författarna inte hitta någon information om tillämpning av den etiska metod som använts. Artikeln baserades på en pilotstudie där deltagarna, under observation av en försöksassistent, fick navigera i en mobilapp under två timmar och därefter fylla i två enkäter. Trots avsaknaden av etiskt förhållningssätt valde författarna till litteraturöversikten att inkludera artikeln men bedömde att kvaliteten på artikeln var på en medelnivå enligt Sophiahemmet Högskolas fastställda bedömningsdokument som grund (Berg et al., 1999; William et al., 2016).

Slutsats

I resultatet framkom att patienter med hjärtsvikt kunde bibehålla livskvaliteten med olika handlingar och med motivation att utföra egenvård. Stöttning från sjukvård och närstående det vill säga att det finns välfungerande relationer och resurser kring den som är sjuk är en

viktig variabel. Andra faktorer är förmågan att våga be om hjälp och att ta plats, att se klart på livet som det ter sig och inte ljuga för sig själv genom att envist hålla fast vid osunda vanor. En central omständighet är patientens inställning till livet. Exempel på det är om personen i fråga har tillit till livet och tilltro till det som sker eller känner hopplöshet inför sjukdomen. Patienten kan också vara mål- och resultatstyrd vilket gör motivationen till egenvård skör om det inte går enligt förväntan.

I takt med att tekniken utvecklas ställs nya krav på både sjuksköterskor och patienter. Viktiga parametrar i det personcentrerade vårdfokus är att de tekniska hjälpmedlen anpassas efter patientens unika behov och kunskap. Patienterna blir stärkta när de känner sig delaktiga i vården och kan påverka besluten kring sin sjukdom. I resultatet framgick också att den informella vårdgivaren fungerar som en länk mellan patient och sjukvård.

Fortsatta studier

I takt med att den tekniska utvecklingen går framåt tas det hela tiden fram nya hjälpmedel som kan stärka och möjliggöra egenvård. Vid utvärdering av dessa nya hjälpmedel är det viktigt att ha patientens perspektiv i åtanke för att kunna utveckla varianter av verktyget som passar olika typer av patienter. Förutom patienter och sjukvårdspersonal bör de närståendes perspektiv inkluderas då de utgör en stor del av stöttnings och möjliggörandet av egenvård.

Författarna saknade forskning om rekommendationer kring kost och nutrition. Vilken effekt skulle adekvat kostomläggning ha på patienter med hjärtsvikt? Samtalsstöd är en annan faktor som inte heller togs upp nämnvärt, vilket är centralt med tanke på den ångest livsstilsförändringen innebär kopplat både till symtom och rädslan för döden som kan infinna sig. Både hos den som blivit diagnostiserad med sjukdomen och också hos de närstående.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet av litteraturoversikten har ökat förståelsen för hur sjuksköterskan ska kunna möjliggöra och stärka patienter med hjärtsvikt till att utföra egenvård, både på ett personcentrerat sätt och med hjälp av den tekniska utrustningen som är på frammarsch. Detta skapar också möjligheter för hållbar utveckling i vårdkedjan såväl samhällsekonomiskt som ur ett miljöperspektiv, genom att patienterna inte behöver uppsöka vårdcentraler eller ligga inne på sjukhus lika ofta utan känner sig trygga med egenvård i hemmet. Forskning visar att närstående har stor betydelse för motivation av patientens egenvård. Därmed är ett ökat personstöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingen även till de informella vårdgivarna viktigt, både samhällsekonomiskt och ur ett patientperspektiv. Det här arbetet visar värdet av att se patienten i ett större sammanhang än det individuella eftersom patientens resurser i form av närstående och tekniska förmågor har stor betydelse.

Den ökade kunskapen i detta arbete är applicerbar på andra kroniska sjukdomar då möjliggörandet och motivation av egenvård handlar om att förstå vad som kan stärka patienten i utförande av personlig egenvård oavsett sjukdom.

SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION

Författarna Susanne Gren och Karin Tell Kristiansson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSER

Referenser markerade med en asterisk (*) är de vetenskapliga artiklar som ingår i resultatet och med två asterisker (**) är den artikeln som valdes genom manuell sökning.

*Abotalebidiariasari, G., Memarian, R., Vanaki, Z., Kazemnejad, A., & Naderi, N. (2016). Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory. *Research and Theory for Nursing Practice*, 30(4), 320–332. doi: 10.1891/1541-6577.30.4.320

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

Arulnathan, A., Vaaheesan, S., & Denecke, K. (2019). A Mobile Application for Self-Monitoring for Patients with Heart Failure. *Studies in Health Technology and Informatics*, 113-116. doi: 10.3233/978-1-61499-961-4-113

*Athilingam, P., Labrador, M. A., Remo, E. F. J., Mack, L., San Juan, A. B., & Elliott, A. F. (2016). Features and usability assessment of a patient-centered mobile application (HeartMapp) for self-management of heart failure. *Applied Nursing Research*, 32, 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.001>

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

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2018). *Fysisk aktivitet*. Hämtad 29 februari, 2020, från <https://www.folkhalsorapportstockholm.se/rapporten/riskfaktorer/fysisk-aktivitet/>

*Chen, Y., Zou, H., Zhang, Y., Fang, W., & Fan, X. (2017). Family Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure: An Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(6), 576–583. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000398>

*Chew, H. S. J., Sim, K. L. D., Cao, X., & Chair, S. Y. (2019). Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: A Theory-Driven Qualitative Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26(5), 474–485. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09798-z>

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

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

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Fivecoat, H. C., Sayers, S. L., & Riegel, B. (2018). Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(7), 598–604. <https://doi.org/10.1177/1474515118762800>

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet*. Hämtad från https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5514b381077f4175b13fca5fe1089abe/fo_rslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet.pdf

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4 uppl.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Guo, X., Gu, X., Jiang, J., Li, H., Duan, R., Zhang, Y.,... Chen, F. (2019). A Hospital-Community-Family-Based Telehealth Program for Patients With Chronic Heart Failure: Single-Arm, Prospective Feasibility Study. *JMIR MHealth and UHealth*, 7(12) e13229. <https://doi.org/10.2196/13229>

Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T., & Martin, L. (2016). Informal Caregivers' Experiences and Needs When Caring for a Relative With Heart Failure: An Interview Study. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), E1–E8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000210>

Harkness, K., Spaling, M.A., Currie, K., Strachan, P.H., & Clark, A.M. (2015). A Systematic Review of Patient Heart Failure Self-care Strategies, *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 121-135. doi: 10.1097/JCN.0000000000000118.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Hägglund, E., Strömberg, A., Hagerman, I., & Lyngå, P. (2019). Theory Testing of Patient Perspectives Using a Mobile Health Technology System in Heart Failure Self-care: *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(6), 448- 453. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000595>

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). (2019). *Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017*. Hämtad från https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019_6_.pdf

*Jaana, M., Sherrard, H., & Paré, G. (2019). A prospective evaluation of telemonitoring use by seniors with chronic heart failure: Adoption, self-care, and empowerment. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1800–1814. <https://doi.org/10.1177/1460458218799458>

Jonkman, N. H., Westland, H., Groenwold, R. H., Ågren, S., Atienza, F., Blue, L., ... & Jaarsma, T. (2016). Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation*, 133(12), 1189-1198. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006

Kane, P. M., Murtagh, F. E. M., Ryan, K., Mahon, N. G., McAdam, B., McQuillan, R., ... & O’Gara, G. (2015). The gap between policy and practice: a systematic review of patient-centred care interventions in chronic heart failure. *Heart failure reviews*, 20(6), 673-687. doi:10.1007/s10741-015-9508-5

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

**Klompstra, L., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2018). Self-efficacy Mediates the Relationship Between Motivation and Physical Activity in Patients With Heart Failure: *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(3), 211–216. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000456>

Komamura, K. (2013). Similarities and Differences between the Pathogenesis and Pathophysiology of Diastolic and Systolic Heart Failure. *Cardiology Research and Practice*, 2013, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2013/824135>

Kontis, V., Cobb, L. K., Mathers, C. D., Frieden, T. R., Ezzati, M., & Danaei, G. (2019). Three public health interventions could save 94 million lives in 25 years: global impact assessment analysis. *Circulation*, 140(9), 715-725. doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038160

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

Lanier, J. B., Bury, D. C., & Richardson, S. W. (2016). Diet and physical activity for cardiovascular disease prevention. *American family physician*, 93(11), 919-924. Hämtad från <https://www.aafp.org/afp/2016/0601/p919.html>

Li, C.-C., & Shun, S.-C. (2016). Understanding self care coping styles in patients with chronic heart failure: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 15(1), 12–19. <https://doi.org/10.1177/1474515115572046>

Livsmedelsverket. (2012). *Nordiska näringsrekommendationerna 2012*. Hämtad från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrer/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>

Livsmedelsverket. (2019a). *Näringsrekommendationer*. Hämtad 29 februari, 2020, från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/naringsrekommendationer>

Livsmedelsverket. (2019b). *Syna saltet*. Hämtad 29 februari, 2020, från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/syna-saltet>

*Lloyd, T., Buck, H., Foy, A., Black, S., Pinter, A., Pogash, R.,... Boehmer, J. (2019). The Penn State Heart Assistant: A pilot study of a web-based intervention to improve self-care of heart failure patients. *Health Informatics Journal*, 25(2), 292–303. <https://doi.org/10.1177/1460458217704247>

Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1686-1692. doi: 10.1111/jocn.12775

Mårtensson, J, & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl. s. 425). Lund: Studentlitteratur.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. uppl.) St. Louis, Mo.: Mosby.

*Peters-Klimm, F., Freund, T., Kunz, C., Laux, G., Frankenstein, L., Müller-Tasch, T., & Szecsenyi, J. (2013). Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: A cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2), 167–176. <https://doi.org/10.1177/1474515112439964>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226–235. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>

Riegel, B., Lee, C. S., & Dickson, V. V. (2011). Self care in patients with chronic heart failure. *Nature reviews cardiology*, 8(11), 644. doi: 10.1038/nrcardio.2011.95

Riegel, B., Moser D.K., Anker, S.D., Appel, L.J., Dunbar, S.B., Grady, K.L.,... Whellan, D.J. (2009). State of the Science: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 120, 1141–1163. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628

*Riley, J. P., Gabe, J. P., & Cowie, M. R. (2013). Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17–18), 2444–2455. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04294.x>

Roger, V. L. (2013). Epidemiology of heart failure. *Circulation research*, 113(6), 646-659. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.113.300268

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 29 februari, 2020, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/levnadsvanor/socialstyrelsens.nationella.riktlinjer.for.sjukdomsforebyggandemetoder.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder Indikatorer och underlag för bedömningar*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2015-1-11.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

SOSFS 2009:6 *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad 29 februari, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>

*Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R. M. (2016). Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(5), 317–327. <https://doi.org/10.1177/1474515115572047>

Strömberg, A., Jaarsma, T., & Riegel, B. (2012). Self-care: Who cares? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 133–134. <https://doi.org/10.1177/1474515111429660>

SSF. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

SSF. (2010). *Indikatorer för hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf

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

*Tierney, S., Elwers, H., Sange, C., Mamas, M., Rutter, M. K., Gibson, M.,... Deaton, C. (2011). What influences physical activity in people with heart failure? A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1234–1243. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.03.003>

UNDP. (2019a). *Hälsa och välbefinnande*. Hämtad 26 november, 2019 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

UNDP. (2019b). *Jämställdhet*. Hämtad 26 november, 2019 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-5-jamstalldhet/>

UNDP. (2019c). *Minskad ojämlikhet*. Hämtad 26 november, 2019 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-10-minskad-ojamlikhet/>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Walker, R. C., Tong, A., Howard, K., & Palmer, S. C. (2019). Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *International Journal of Medical Informatics*, 124, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.013>

WHO. (2006). *Constitution of the world health organization*. Hämtad från https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Wikström, G. (2014). Riskbilden. I G. Wikström (Red.), *Hjärtsvikt: fysiologi, diagnostik, behandling och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

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

Wärnå-Furu, C. (2017). Hälsa. I I. Bergbom & L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Zarrinkoub, R., Wettermark, B., Wändell, P., Mejhert, M., Szulkin, R., Ljunggren, G., & Kahan, T. (2013). The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. *European Journal of Heart Failure*, 15(9), 995-1002. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hft064>

*Zhang, K. M., Dindoff, K., Arnold, J. M. O., Lane, J., & Swartzman, L. C. (2015). What matters to patients with heart failure? The influence of non-health-related goals on patient adherence to self-care management. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 927–934. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.011>

Zou, H., Chen, Y., Fang, W., Zhang, Y., & Fan, X. (2017). Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 16(69), 530-538. doi: 10.1177/1474515117695722

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur

Kvalitetsgranskningsmall

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 välplanerad 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.	Välplanerad 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.	Väldefinierad 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.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfälligt resultatredovisning.

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

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Abotalebi-dariasari, G., Memarian, R., Vanaki, Z., Kazem-nejad, A., & Naderi, N. 2016 Iran	Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory.	Syftet var att undersöka motivation för egenvård bland patienter med hjärtsvikt (HF) i Iran.	Design: Kvalitativ studie Urval: Patienter med diagnosen hjärtsvikt för minst sex månader sen, över 18 år, som kunde förstå enkäter och som kunde kommunicera. Datainsamling: Individuella semi-strukturerade intervjuer Analys: Transkribering och analys av intervjuer.	24 (-)	Analysen visade olika teman som speglade motivation till egenvård; rädsla för död och kärleken till livet, återgå till tidigare fysisk hälsostatus och förhindra eller lindra symtom, att förstå värdet av egenvårdsbeteenden och lita på dem, önskan att förbli autonom, lita på Gud, lugna och stödja familjemedlemmar och förhindra dessa att känna irritation.	K I
Athilingam, P., Labrador, M. A., Remo, E. F. J., Mack, L., San Juan, A. B., & Elliott, A. F. 2016 USA	Features and usability assessment of a patient-centered mobile application (HeartMapp) for self-management of heart failure.	Syftet var att beskriva utvecklingen och funktionerna i HeartMapp samt en preliminär bedömning av användbarheten av HeartMapp.	Design: Pilot-studie, enkät Urval: 25 hjärtsviktpatienter och 12 sjukvårdspersonal. Datainsamling: enkät efter en-två timmars navigerande i appen Analys: Enkätsvaren analyserades i SPSS	37 (-)	Studien visade att ha tillgång till hjärtsvikts symtomövervakning och utbildning som är lättillgänglig i en mobilapp kan motivera patienter att engagera sig i föreskrivna egenvårdsrekommendationer för att i slutändan uppnå önskat resultat.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Chew, H. S. J., Sim, K. L. D., Cao, X., & Chair, S. Y. 2019 Singapore	Motivation, Challenges and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: A Theory-Driven Qualitative Study.	Syftet var att testa teorin Temporal Self-regulation (TST) som vägledande ram för att utforska den bakomliggande mekanism för att förbättra egenvården hos patienter med hjärtsvikt.	Design: Kvalitativ studie Urval: Deltagare i olika åldrar inklusive några av de yngsta och äldsta i ett större urval med låga, medelhöga och höga egenvårdsresultat i Egenvård av hjärtsvikts-index (SCHFI). Datainsamling: Individuella ostrukturerade intervjuer Analys: Transkribering och analys av intervjuer.	20 (3)	Fem teman identifierades; Motivation till egenvård var (1) hänsyn till familjens framtid och (2) betydelsen av sitt förflutna, medan hinder var (3) fatalistisk betydelsen av egen framtid. Hinder för beteendeförändring var (4) svårigheter att vara fysiskt aktiv och (5) svårigheter att avvika från sina dietvanor och sociokulturella dietnormer.	K I
Chen, Y., Zou, H., Zhang, Y., Fang, W., & Fan, X. 2017 Kina	Family Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure: An Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model	Syftet var att utforska förhållandena mellan kunskapen om hjärtsvikt, upplevd kontroll, socialt stöd och stödet från vården för egenvård av hjärtsvikt, baserat på information-motivation-beteende modellen.	Design: Tvärsnittsstudie Urval: Patienter med hjärtsviktsdiagnos, över 18 år, minst en familjemedlem som vårdare, kunde ge godkänt samtycke. Datainsamling: Enkät Analys: Datan analyserades med SPSS 20.0.	247 (6)	Studien visade att kunskap om hjärtsvikt, upplevd kontroll och socialt stöd underlättade vårdgivares stöd till egenvård av hjärtsvikt. Riktade insatser som beaktar dessa variabler kan effektivt förbättra vårdens stöd till patienter med hjärtsvikts egenvård.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Guo, X., Gu, X., Jiang, J., Li, H., Duan, R., Zhang, Y., Sun, L., Bao, Z., Shen, J., & Chen, F. 2019 Kina	A Hospital-Community-Family-Based Telehealth Program for Patients With Chronic Heart Failure: Single-Arm, Prospective Feasibility Study.	Syftet var att utvärdera genomförbarheten av ett sjukhus-samhälle-familj (HCF) -baserat telehälso-program, som var utformat för att implementera distansstöd för patienter med hjärtsvikt.	Design: Prospektiv, kvasi-experimentell studie Urval: Patienter med hjärtsviktsdiagnos som kunde förstå kraven i studien och ge godkänt samtycke. Datainsamling: (1) data-plattform för övervaknings-tjänster som samlade in och integrerade patientens data, (2) en mobilapp för varje patients personlig hälsa och (3) några enheter som kunde ha koll på hälsan. Analys: Telefonuppföljning vecka 1, 4, 8 och 16.	70 (4)	Deltagarna visade att de i allmänhet var nöjda med interventionen för dess användarvänlighet och användbarhet. 79 procent av patienterna upprätthöll ett konsekvent rapporteringsmönster och visade sina data under en fyra månaders uppföljnings-period. Programmet visade en positiv effekt på egenvård för patienterna.	P I
Fivecoat, H. C., Sayers, S. L., & Riegel, B. 2018 USA	Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure	Syftet var att undersöka betydelsen av socialt stöd i egenvård för patienter med hjärtsvikt över tid.	Design: Sekundärdata från en prospektiv kohortstudie Urval: Adekvata patienter med diagnostiserad hjärtsvikt Datainsamling: Uppföljning vid start och efter tre respektive sex månader. Analys: Svaren på enkäterna analyserades i SAS PROC MIXED	280 (-)	Studien visade att instrumentellt och emotionellt stöd i genomsnitt fungerade bättre för självförtroendet för att utföra egenvård och att egenvården förbättrades snabbare för dem med mindre instrumentellt stöd.	P II

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

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Hägglund, E., Ström-berg, A., Hagerman, I., & Lyngå, P. 2019 Sverige	Theory Testing of Patient Perspectives Using a Mobile Health Technology System in Heart Failure Self-care	Syftet var att deduktivt testa om den situationsspecifika teorin om egenvård för hjärtsvikt kunde tillämpas på patienter med hjärtsvikt som använder mHealth med en surfplatta som är ansluten till en våg för att stödja deras egenvård.	Design: Kvalitativ Urval: Deltagare från en RCT-studie gjord tidigare Datainsamling: semi-strukturerade intervjuer Analys: Data analyserades deduktivt med hjälp av innehållsanalys och kodades enligt en strukturerad matris i fördefinierade kategorier: underhåll av egenvård, symtomuppfattning eller egenvårdshantering.	17 (-)	MHealth visade sig vara genomförbart. Appen påverkade följsamheten och gav stöd att utföra egenvård samt inverkade både på fysisk och psykologisk symtomuppfattning. Appen utvecklade kunskap och främjade självständighet i egenvårdshantering. Ibland behövdes en interaktion med vårdpersonal i kombination med mHealth.	K I
Jaana, M., Sherrard, H., & Paré, G. 2019 Kanada	A prospective evaluation of telemonitoring use by seniors with chronic heart failure: Adoption, self-care, and empowerment.	Syftet var att undersöka konsekvenserna av telemonitoring på patientens empowerment, egenvård samt undersöka faktorer för att äldre patienter skulle använda telemonitoring.	Design: Longitudinell studie baserad på enkäter Urval: Äldre patienter med hjärtsvikt som var fysiskt och mentalt kapabla att delta. Datainsamling: 1 vecka, 3 respektive 6 månader Analys: Deskriptiv data-analys	23 (-)	Studien visade på betydande förbättring av patienternas förtroende för deras förmåga att utvärdera sina symtom, adressera dem och utvärdera effektiviteten av de åtgärder som vidtagits för att hantera dessa symtom. Ändå utförde patienter mindre egenvård och förmågan att delta i beslutsfattandet relaterade till deras tillstånd minskade.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Klompstra, L., Jaarsma, T., & Strömberg, A. 2018 Sverige	Self-efficacy Mediates the Relationship Between Motivation and Physical Activity in Patients With Heart Failure	Syftet med studien var att undersöka självförmågan i träning i förhållandet mellan träningsmotivation och fysisk aktivitet hos patienter med hjärtsvikt.	Design: Tvärsnittsstudie Urval: Patienter med hjärtsvikts-diagnos, över 18 år, som kunde läsa och skriva svenska. Datainsamling: Enkäter Analys: Datan analyserades med SPSS version. 23.	100 (-)	Studien visade att 42 procent av de 100 patienterna rapporterade att de deltog i fysisk aktivitet mindre än 60 minuter per vecka. Motivation behövdes för fysisk aktivitet, men efter att ha stämt av mot självförmågan var förhållandet mellan motivation och fysisk aktivitet inte längre signifikant.	R I
Lloyd, T., Buck, H., Foy, A., Black, S., Pinter, A., Pogash, R., Eismann, B., Bala-ban, E., Chan, J., Kunselman, A., Smyth, J., & Boehmer, J. 2019 USA	The Penn State Heart Assistant: A pilot study of a web-based intervention to improve self-care of heart failure patients.	Syftet var att förbättra egenvården för patienter med hjärtsvikt med hjälp av en webbaserad intervention.	Design: Kvantitativ prospektiv icke randomiserad, proof of concept studie Urval: vuxna, adekvata och orienterade, som varit inlagda på sjukhus pga hjärtsvikts-relaterade åkommor, wifi hemma, engelsktalande, godkände deltagande i studien Datainsamling: Data samlades in via REDCap, en säker webbaserad applikation Analys: Deltagarna registrerade dagligen medicinintag, vikt och träning under 30 dagar.	12 (44)	Studien tyder på att mobilteknik är genomförbar, accepterad och har potential för kostnadseffektiva lösningar att hantera patienter med hjärtsvikt på ett säkert sätt hemma.	P I

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

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Peters-Klimm, F., Freund, T., Kunz, C., Laux, G., Franken-stein, L., Müller-Tasch, T., & Szece-nyi, J. 2013 Tyskland	Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: A cross-sectional study	Syftet var att identifiera potentiella faktorer för egenvård för patienter med hjärtsvikt hos rörliga patienter med stabil systolisk hjärtsvikt.	Design: Kvantitativ tvärsnittsstudie Urval: Vuxna över 40 år med diagnostiserad kronisk systolisk hjärtsvikt minst tre månader innan studiestart. Datainsamling: Enkäter: EHFS _{CB} Heart failure self-care behaviour, SF-36, KCCQ Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire Analys: Svaren på enkäterna analyserades i Stata/MP 11.1, SPSS 16.0.2, SAS 9.2	318 (44)	Sex faktorer som påverkar patientens förmåga till egenvård identifierades; egen förmåga, ålder, hjärklaffprotes, remittering till kardiolog, perifer artärsjukdom, livskvalitet	P I
Riley, J. P., Gabe, J. P., & Cowie, M. R. 2013 England	Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study	Syftet var att undersöka i vilken utsträckning telemonitoring hos patienter med hjärtsvikt motiverar dem till egenvård.	Design: Kvalitativ studie Urval: Adekvata patienter med diagnostiserad hjärtsvikt. Datainsamling: Djupintervju Analys: Intervjuer vid tre respektive sex månader efter start som sedan analyserades.	15 (5)	Studien visade att majoriteten av patienterna använde telemonitorering dagligen och utvecklade egenvårds-kompetens för att övervaka hjärtsvikt.	K I

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

BILAGA B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R.M 2016 USA	Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure	Syftet var att undersöka sambandet av familjens funktion och egenvård när det kom till förtroende och motivation hos deltagare med hjärtsvikt samt att fastställa om ett familjepartnerskap skulle leda till högre nivåer av upplevt förtroende och motivation till egenvård efter fyra och åtta månader jämfört med patient/-familjeutbildning eller vanlig vård.	Design: RCT Urval: Patienter med hjärtsviktsdiagnos som pratade engelska, var mobila, hade telefon, tog vissa läkemedel, hade en familje-medlem som stöttade dem. Datainsamling: Deltagarna delades slumpmässigt in i tre grupper som fick fylla i enkäter. Analys: Data analyserades vid start, efter fyra och åtta månader med TSRQ, PCS-MEDS 0.93, PCS-DIET 0.95 och FAD	117 (-)	Studien visade att familjens funktion var relaterad till motivation av egenvård för att följa en diet och att ta sina mediciner. I interventionsgruppen för familjepartnerskap sågs en signifikant förbättring av förtroendet och motivationen efter fyra månader medan ingen förändring upptäcktes i utbildningsgruppen för familj/patient eller för de med vanlig vård.	CCT I

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

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Tierney, S., Elwers, H., Sange, C., Mamas, M., Rutter, M. K., Gibson, M., Neyses, L., & Deaton, C. 2011 England	What influences physical activity in people with heart failure? A qualitative study.	Syftet var att utforska anledningen till att personer med hjärtsvikt är fysiskt aktiva eller inte.	Design: Kvalitativ Urval: Patienter med hjärtsvikts diagnos som var över 18 år och pratade engelska Datainsamling: semi-strukturerade intervjuer Analys: Intervjuerna spelades in och transkriberades. Datan analyserades sedan systematiskt.	22 (-)	Fyra teman för vad som påverkade ett positivt hälsobeteende identifierades vid analysen: skiftande hälsa; mentalt tillstånd; andras förväntningar och miljöpåverkan. Hinder att träna uppstod pga symtom, andra sjukdomar, dålig självkänsla som aktiv och/eller brist på upplevd nytta.	K I
Zhang, K. M., Dindoff, K., Arnold, J. M. O., Lane, J., & Swartzman, L. C. 2015 Kanada	What matters to patients with heart failure? The influence of non-health-related goals on patient adherence to self-care management.	Syftet var att beskriva livsmålen för hjärtsviktpatienter och att avgöra om följsamheten påverkas av, och i vilken utsträckning, dessa prioriteringar uppfattas som kompatibla med egenvårdsprogram för hjärtsviktpatienter.	Design: Enkät Urval: Patienter med hjärtsviktsdiagnos, som kunde läsa och skriva engelska, hade adekvat mental status. Datainsamling: Enkät SCHFI V6.2 Analys: Datan analyserades med PSAW 19.0.	40 (48)	Studien visade att patienter värderade autonomi och sociala relationer lika högt som fysisk hälsa. Följsamheten var positivt korrelerad om egenvårdsprogram, särskilt fysisk aktivitet, ansågs vara förenligt med patientens livsmål.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet.