



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Manasa Eden Tetteh & Summaya Muktar Abdulahi

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och forskningsetik, 5 hp, VKGT13, HT 2021

Nivå: Grundnivå

Examinator: Henrik Lerner

Handledare: Iréne Ericsson

Patienters upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt

En Litteraturöversikt

Patients' experiences of self-care in heart failure

A literature Review

Sammanfattning

Bakgrund

Hjärtsvikt är för närvarande ett av de största folkhälsoproblemen i många länder. Enligt WHO lider 17,9 miljoner människor av någon form av hjärtsjukdom, vilket är den vanligaste dödsorsaken globalt och antalet dödsfall på grund av hjärtsjukdomar ökar gradvis. I Sverige förekommer hjärtsvikt hos cirka 2% av den svenska befolkningen och 10% av dessa personer är över 80 år. Diagnosen hjärtsvikt kräver att patienten utför egenvård. För att sjuksköterskan ska kunna stödja och motivera patienten till att utföra egenvård behöver sjuksköterskan kunskap om hur patienten upplever situationen.

Syfte: Syftet var att beskriva patienters upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt.

Metod: En litteraturöversikt genomfördes där kvalitativa vetenskapliga artiklar har granskats. För resultatet användes 10 vetenskapliga artiklar som analyserats enligt Fribergs beskrivning av kvalitativ analys i fem steg.

Resultat: Under analysen identifierades två teman och fyra subteman som beskriver hur patienter med hjärtsvikt upplever sin egenvård. Temana var En utmanande uppgift med subtemana *Väcker känslor* och *Att hantera symtom* samt temat Behov av stöd med subtemana *Egenvårdsstödjande verktyg* samt *Information och utbildning*.

Slutsats: Sjuksköterskan har ett stort inflytande i patienters egenvård, därför är kunskap och samarbete med patienterna oerhört viktig. Denna litteraturöversikt kan vara ett stöd för sjuksköterskan i mötet med patienter som har hjärtsvikt eftersom hjärtsvikt kräver att patienterna deltar i sin egenvård. Det ger också en ökad insikt om vad sjuksköterskan kan bidra med genom sin kunskap för att patienten ska vara motiverad till att utföra sin egenvård. Eftersom alla patienter har egna och individuella behov samt kapacitet bör egenvården vara anpassad efter individen.

Nyckelord: Hjärtsvikt, Egenvård, Upplevelser, Information, Litteraturöversikt, Sjuksköterska.

Abstract

Background: Heart failure is currently one of the biggest public health problems in many countries. According to the WHO, 17.9 million people suffer from some form of heart disease, which is the most common cause of death globally and the number of deaths due to heart disease is gradually increasing. In Sweden, heart failure occurs in about 2% of the Swedish population and 10% of these people are over 80 years old. The diagnosis of heart failure requires the patient to perform self-care. In order for the nurse to be able to support and motivate the patient to perform self-care, the nurse needs knowledge of how the patient experiences the situation.

Aim: The purpose was to describe patients' experiences of self-care in heart failure.

Method: A literature review was conducted where qualitative scientific articles have been reviewed. For the result, 10 scientific articles were used that were analyzed according to Friberg's description of qualitative analysis in five steps.

Results: During the analysis, two themes and four subthemes were identified that describe how patients with heart failure experience their self-care. The themes were *A challenging task* with the sub-themes *Awaken emotions* and *To manage symptoms* as well as the theme *Need for support* with the sub-themes *Self-care support tools* and *Information and education*.

Conclusion: The nurse has a great influence in patients' self-care, therefore knowledge and cooperation with patients is extremely important. This literature review can be a support for the nurse when meeting patients who have heart failure because heart failure requires patients to participate in their own care. It also provides an increased insight into what the nurse can contribute through her knowledge so that the patient is motivated to perform their own care. Since all patients have their own and individual needs and capacity, self-care should be adapted to the individual.

Keywords: Heart failure, Self-care, Experiences, Information, Literature review, Nurse.

Innehåll

BAKGRUND	2
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HJÄRTSVIKT	1
<i>Symtom</i>	<i>2</i>
<i>Diagnostik</i>	<i>3</i>
<i>Behandling och omvårdnad</i>	<i>3</i>
DELAKTIGHET	4
EGENVÅRD	5
SJUKSKÖTERS KANS ANSVARSOMRÅDE	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
TEORETISK REFERENS RAM	7
METOD	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	12
EN UTMANANDE UPPGIFT	13
<i>Väcker känslor</i>	<i>13</i>
<i>Att hantera symtom</i>	<i>14</i>
BEHOV AV STÖD	14
<i>Egenvårdsstödande verktyg</i>	<i>14</i>
<i>Information och utbildning</i>	<i>16</i>
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	19
<i>Vikten av information</i>	<i>19</i>
<i>Utmaningar vid egenvård</i>	<i>21</i>
<i>Att behöva stöd</i>	<i>22</i>
KLINISKA IMPLIKATIONER	23
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	24

SAMMANFATTNING	24
REFERENSFÖRTECKNING	25
BILAGA 1. SÖKMATRIS	32
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	33

INLEDNING

Hjärtsvikt är en av de vanligaste sjukdomarna bland Sveriges befolkningen och är en anledning till att söka sjukvård. Tillståndet förknippas med stora utmaningar som påverkar den drabbades dagliga aktiviteter, och kan även leda till döden. Under den verksamhetsförslagda utbildningen (VFU) träffade vi som sjuksköterskor inom somatisk vård många patienter som lever med diagnosen hjärtsvikt och har svårigheter med att hantera egenvård. Att tillämpa egenvård är en förutsättning för personer som lever med hjärtsvikt. Författarna upplevde under VFU-tiden att informationen till patienten ofta var otillräcklig och det bidrog till att egenvården inte fungerade. Patienterna beskrev att tillämpningen av egenvård är något som försummas dels på grund av försämrad kondition och dels på grund av informationsbrist. Detta väckte ett intresse hos författarna att identifiera faktorer som kan stödja egenvården.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är för närvarande ett av de största folkhälsoproblemen i många länder. Det är ett progressivt tillstånd som ofta resulterar i fysiska, psykosociala och andliga symtom (Malhotra m.fl., 2016). Strömberg (2014) menar att hjärtsvikt beror på en underliggande hjärtsjukdom oftast orsakas av hjärtinfarkt eller hypertoni, även hjärtmuskelsjukdom och hjärtklaffar som inte fungerar normalt bidrar till diagnosen hjärtsvikt. Hjärtsvikt påverkar patientens välbefinnande vilket gör det utmanande för dem att planera egenvård, dagliga aktiviteter samt orsakar en nedsatt livskvalitet (Malhotra m.fl., 2016). I Sverige förekommer hjärtsvikt hos cirka 2% av den svenska befolkningen där 10 % av dessa personer är över 80 år, enligt Socialstyrelsen (2018). Det är alltså cirka 180 000–350 000 personer som lever med diagnosen hjärtsvikt (Ericson & Ericson, 2012). Enligt Världshälsoorganisationen WHO (2017) lider 17,9 miljoner människor av hjärt- och kärlsjukdomar och det är den största dödsorsaken globalt, där antalet uppskattningsvis kommer att öka till mer än 23 miljoner människor vid år 2030. Hjärtsvikt är förknippat med stora samhällskostnader på grund av patienternas frekventa behov av sjukhusvård och andra vårdinsatser (White-Williams m.fl., 2020).

Hjärtsvikt orsakas av nedsatt pumpförmåga i vänsterkammaren, vilket kan leda till förhöjt fyllnadstryck som fortplantar sig bakåt till lungkretsloppet via vänster förmak. Ett förhöjt

tryck kan leda till att vätska tränger ut i lungblåsan och orsaka kraftigt akut andnöd (Strömberg 2014). Hjärtmuskulaturen orkar då inte längre att pumpa ut den nödvändiga mängden blod för att försörja kroppens vävnader. Den nedsatta pumpfunktionen kan bero på hypertoni, ischemiska hjärtsjukdomar och klaffsjukdomar. Andra tillstånd som påverkar hjärtat kan också leda till hjärtsvikt, såsom diabetes, infektion, lungemboli, alkohol, anemi, och debut av autoimmuna sjukdomar (Ericson & Ericson, 2012).

Patienter med hjärtsvikt står inför många dagliga utmaningar både fysiskt, socialt och psykiskt som orsakar en högre risk för förkortad livslängd samt minimerad livskvalitet (Socialstyrelsen, 2018). Hjärtsvikt drabbar både män och kvinnor men är vanligare bland män. Symtombilden påverkar livskvaliteten hos patienter med hjärtsvikt och de dagliga aktiviteterna begränsas av nedsatt fysisk och social förmåga. Det gäller framför allt män medan kvinnor anser att det mest inskränkande och svåraste att acceptera är att de blir beroende av stöd och hjälp från andra (Strömberg, 2014). Da Conceição m.fl. (2015) förklarar i sin studie att egenvård vid kroniska sjukdomar är en förutsättning för att upprätthålla en lämplig nivå av fysiskt och psykiskt välbefinnande. Egenvård minskar sjuklighet och dödlighet samt minskar behovet av och kostnaden för sjukvård. Samtidigt ökar egenvården patientens upplevelser av en förbättrad och stärkt känsla av kontroll över sitt liv.

Symtom

Symtomen vid hjärtsvikt är svåra att tolka, de kan vara smygande vid debut eller akuta, och kan utlösas i samband med en hjärtinfarkt (Strömberg, 2014). Typiska symtom som kan förekomma vid hjärtsvikt är ödem då patienten är svullen på grund av vätskeansamling. Vid dyspné kan patienten uppleva trånghet i bröstet vilket resulterar i andfåddhet. Ett annat symtom som patienter kan uppleva är nykturi, det vill säga behov av att kissa nattetid på grund av ökad urinmängd. Trötthet och nedsatt fysisk aktivitet, hosta nattetid, illamående, aptitlöshet samt hjärklappning är några av de vanliga symtomen för hjärtsvikt, men också andra symtom såsom ortopné som uppträder när patienten lägger sig i planläge. Takykardi förekommer vilket innebär att patienten har en onormalt hög hjärtfrekvens (Ericson & Ericson, 2012).

Diagnostik

Vid diagnos används elektrokardiografi (EKG) för att avslöja eventuella ischemiska förändringar i hjärtat. Kontroll av kroppsvikt och ödem görs för att upptäcka eventuell viktuppgång och svullnader vid underben som kan tyda på att patienten samlar på sig vätska. Även andning och hjärtfrekvens kontrolleras, allt för att upptäcka eventuella avvikelser som kan leda till hjärtsvikt (Ericson & Ericson, 2012).

För att kunna definiera svårighetsgraden av patientens hjärtsvikt används graderingssystemet New York Heart Association (NYHA). Enligt NYHA värderas graden av patientens hjärtsvikt utifrån fyra nivåer där symtom i relation till fysisk aktivitet och vila värderas (Ericsson & Ericsson, 2012).

Behandling och omvårdnad

Det finns även farmakologiska behandlingar för att minska symtomen vid hjärtsvikt och mortaliteten vid hjärtsvikt, som exempelvis mediciner som minskar belastningen på hjärtat (Ericson & Ericson, 2012). Vid hjärtsvikt är omvårdnaden dessutom viktigt för att förbättra patientens livskvalitet genom att förhindra att symtomen försämras. Därefter behöver patienten kunskap om hjärtsviktens behandling och orsaken till de vanligaste symtom som exempelvis att observera andningen (Ericson & Ericson, 2012).

Enligt Florin (2014) ska de omvårdnadsåtgärder som är relevanta för patienten präglas av att sjuksköterskan bekräftar och identifierar patientens omvårdnadsbehov. Detta möjliggörs genom att sjuksköterskan har kunskap om patientens diagnos och utifrån denna kunskap sätter upp mål för behandling. Sjuksköterskan har en viktig funktion också vid beslut om omvårdnadsåtgärder och att dokumentera i journalen för att patienten ska kunna läsa och följa den planerade vården (Björrvell & Thorell-Ekstrand, 2014). Därmed är det viktigt att sjuksköterskan motiverat patienten att anpassa aktiviteterna efter hjärtats kapacitet (Ericson & Ericson, 2012). Omvårdnaden syftar till att individen ska kunna kompensera för det hen inte längre klarar att utföra och genom detta återfå upplevelse av hälsa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2018) är syftet med behandling och omvårdnad inriktat mot att minska risken för sjukdomsutvecklingen, sjukhusinläggningar, minska symtomen och öka överlevnadstiden.

Delaktighet

Delaktigheten är en grundläggande aspekt i möten inom vård, omsorg och socialt arbete och något som finns inskrivet i såväl hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som socialtjänstlagen (SoL). Att vara delaktig i något kräver minst två personer som på något sätt samverkar och bidrar med sin del. Delaktigheten levandegörs i ett möte där fler personer samtalar och kommunicerar (Sandman & Kjellström, 2013). Eldh m.fl. (2006) visar i sin studie att patienter med hjärtsvikt berättar att de inte vet så mycket om sin sjukdom, att de har för lite kunskap och information för att senare kunna vårda sig själva utanför hälso-och sjukvården. Att låta patienten vara delaktig i sin vård är viktigt, för patienten kan i dialog uttrycka sina funderingar och ställa sina frågor. Även om patienten inte har mod eller vilja att ställa en direkt fråga kan det under samtal framkomma vilka frågor och funderingar patienten bär på. Informationen som ges till patienten bör anpassas utifrån dennes önskemål enligt Socialstyrelsen (2021a). Ett exempel är att personalen måste ta hänsyn till kultur, erfarenheter, språk, och kognition när information ges. Patienter som får vara delaktiga i sin vård påverkas på ett positivt sätt, vilket också har visat goda resultat genom att det leder till en tryggare och säkrare vård (Eldh m.fl., 2006). Sandman och Kjellström (2013) beskriver att delaktighet betyder att patienten i olika grad och på olika sätt får vara med och fatta beslut om att utföra den vård hen behöver. Vårdprocessen och organisationens arbetssätt utgår alltid från patientens behov.

Genom vårdens strukturer kan säkrare vård ge bättre förutsättningar för delaktighet. Samtidigt leder förändringar inom vården till bättre vårdkvalitet (Österberg, 2014). När patienten passivt tar emot vård är detta ett val där patienten på så sätt accepterat situationen och har avstått möjligheten till delaktighet. Det är grundläggande för patientens delaktighet att vårdpersonal är medvetet närvarande samt aktivt lyssnar på patienterna och försöker förstå deras livssituation (Österberg, 2014). Att låta patienten se sig själv som expert på sin egen kropp, sin situation och sin sjukdom är en hörnsten inom hela vården. Det vill säga att balansera patientens självbestämmande och delaktighet vilket är en konst. Självbestämmande och delaktighet kan behöva omvärderas eftersom patientens förmåga att vara delaktig i vården kan påverkas om beslutsförmågan är begränsad. Därmed krävs en väl fungerande vårdrelation mellan patienten och sjuksköterskan för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård. Att

vara delaktig handlar också om att patienten kan ställa frågor och utbyta kunskap med sjuksköterskan (Österberg, 2014).

Egenvård

Egenvård definieras som en process för att upprätthålla hälsa med hälsofrämjande metoder och hantering av sjukdomar (Rigel m.fl., 2012). För att upprätthålla patientens fysiska stabilitet omfattar egenvårdsåtgärder att upptäcka tidiga symtomförändringar och undvika försämring av hjärtsvikt. Patienten ska ha tillräcklig fysisk, mental kapacitet samt motivation och kunskap för att hen ska kunna sköta och utföra dessa åtgärder (Strömberg, 2014). Toback och Clark (2017) hävdar i sin studie att egenvård är vad människor fysiskt eller mentalt gör för sig själva, sina närstående och andra medmänniskor. Detta hjälper dem att hålla sig friska och utföra sina dagliga, sociala och fysiska aktiviteter. Med detta menas att egenvård är ett händelseförlopp som utförs av patienter i samband med sjukdomshantering.

Utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (2017) framkommer det att hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan utföras som egenvård inte har allmänna egenvårdsåtgärder utan att bedömningen av tillståndet sker utifrån patientens individuella omständigheter. Bedömningen av egenvård ska genomföras i samråd med patienten och skall baseras på patientens psykiska och fysiska hälsa samt omständigheter. Bedömningen skall även journalföras med avsikt att bedöma om patienten kan utföra egenvård på egen hand, eller med hjälp av någon annan, exempelvis anhöriga eller sjukvårdspersonal. Den senaste versionen av Socialstyrelsens föreskrifter (2021b) lyfter fram att patienten ska informeras om den bakomliggande orsaken till sjukdom, vilka symtom som kan uppstå och vilka åtgärder som kan vara relevanta som egenvård i varje enskilt fall. Bedömningen innehåller också en analys av om det finns några risker med att patienten utför åtgärden som egenvård.

Det första steget för att utöva egenvård är, enligt Strömberg (2014) att inspirera patienten med avsikt att övervaka symtomövervakning och följa den bestämda behandlingsplanen. Dessutom har sjuksköterskan ett stort inflytande i patientens egenvård när det gäller utvärdering, mål och information, men sjuksköterskan kan även främja egenvård genom att se till att patienterna blir bättre informerade och har större inflytande i sin egenvård (Toback & Clark, 2017).

Egenvård är dessutom mer vanligt för patienter med kroniska sjukdomar eftersom det finns tydliga kliniska behov av utveckling inom detta område. Till exempel när man är sjuk och sjukdomshantering blir en prioritet, kvarstår behovet av egenvård. Att ägna sig åt egenvård gör att patienten är en aktiv deltagare i hanteringen av sin sjukdom (Rigel m.fl., 2012).

Sjuksköterskans ansvarsområde

International Council of Nurses (ICN, 2017) lyfter fram etiska koder för sjuksköterskor som har fyra grundläggande ansvarsområden och sammanfattar riktlinjerna för etiskt uppförande. Ansvar som sjuksköterskan har är att främja hälsan, förebygga sjukdom, återställa hälsan och lindra lidande. Det primära ansvaret som riktar sjuksköterskans uppförande gäller första patienter som är i behov av vård (ICN, 2017). Genom sin yrkesutövning medverkar sjuksköterskan till att upprätthålla hälsa med avseende på patientens tillstånd. Hedelin m.fl. (2014) anser att sjuksköterskans yrkesroll är stödjande eftersom sjuksköterskans övergripande målsättning är att stärka patientens hälsa och visa förståelse för hur patienten uppfattar sin egenvård. För att kunna göra detta krävs det från sjuksköterskan att hen förmedlar rätt kunskap och relevant information om patientens behov för att stärka dennes egenvård och hälsa. Detta underlättar för patienten att fatta rätt beslut om sin egenvård (Hedelin m.fl., 2014).

Den mest avgörande roll som sjuksköterskan kan ha inom vården av patienter med hjärtsvikt är att samarbeta med patienten som ett team (Botha, 2020). Botha (2020) menar att det inte är någon enkel uppgift att ge omvårdnad till patienter med hjärtsvikt. En professionell sjuksköterska måste vara utrustad med kunskap om tillståndet samt vara villig att kontinuerligt uppdatera sig kring vården av dessa patienter.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2017) beskriver sjuksköterskans kompetens som inkluderar ett helhetsperspektiv på patientens tillstånd såsom komplexa behov av vård. Sjuksköterskan ansvarar sedan för att utvärdera patientens hälsotillstånd mot uppsatta mål. Sjukdom och ohälsa anses skrämmande bland patienter. Att leva med en allvarlig sjukdom som hjärtsvikt kan försämra patientens upplevelse av att vara den individ som hen vill vara. Detta kan också bidra till att patienten blir beroende av andra och sjuksköterskan är då mycket viktig för att patienten ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt och inte vara beroende av andras insatser.

Enligt Strömberg (2014) bör sjuksköterskan motivera patienten genom att undervisa och informera denne om diagnosen. Med relevant och tillräcklig kunskap kan patienten prestera och vara motiverad att utföra egenvård. Sjuksköterskan måste vidare vara tillgänglig för att översätta all information som patienten får på ett förståeligt sätt så att patienten är medveten om vad som händer och därför kan följa sin behandling. Sjuksköterskan bör även utvärdera patientens kroniska hjärtsvikt noggrant. Detta för att kunna få en överblick över ytterligare omvårdnadsåtgärder som kan och bör planeras, och även för att se om patienten förbättras eller inte. De åtgärder som sjuksköterskan vidtar beror på den enskilda patientens historia och behov som har identifierats (Botha, 2020).

PROBLEMFORMULERING

Hjärtsvikt är ett tillstånd som kännetecknas av en mängd olika symtom och är globalt ett växande kliniskt problem. Det är ett tillstånd som kräver omsorg för att minska negativa upplevelser av sjukdomssymtom och lidande hos patienter. Egenvård är en betydande del av behandlingen vid hjärtsvikt och kräver att patienten är delaktig i sin vård genom att ta emot information och utbildning om tillståndet. Kunskap ökar förmågan och viljan att utöva egenvård, den minskar även behovet av att söka vård vilket i sin tur ökar möjligheten att utföra egenvård. I mötet mellan sjuksköterskan och patienten kan utmaningar uppstå dagligen och sjuksköterskan ansvarar för att förmedla lämplig information och stöd. Egenvård är en del av sjuksköterskans hälsofrämjande arbete och för att hen ska kunna stödja och motivera patienten till egenvård behöver sjuksköterskan ökad kunskap om patientens situation vid hjärtsvikt.

SYFTE

Syftet var att beskriva patienters upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt.

TEORETISK REFERENSRAM

I litteraturöversikten användes Orems (2001) egenvårdsteori, med fokus på egenvårdbalans och hälsa som utgångspunkt. Teorin valdes utifrån dess relevans till syftet att undersöka patienters upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt. Målet med egenvård är att ta hand om sin egen hälsa genom att bland annat utöva aktiviteter för att kunna bibehålla,

livskvaliteten, hälsan och välbefinnandet (Wiklund Gustin & Lindwall 2012). Wiklund Gustin och Lindwall (2012) beskriver teorin om egenvårdsbalans som en övergripande teori som bygger på tre teorier: egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Teorin egenvård handlar om individen som självbestämmande individ och att dennes omsorg utförs dagligen för att främja liv, livskvalitet samt välbefinnande (Orem, 2001). Dessa grundläggande utgångspunkter ger individen en möjlighet att kunna delta och utföra nödvändig egenvård. Egenvård är delvis ett inlärt beteende som vi erhåller i samspel och kommunikation inom olika sociala grupper. Utgångspunkten för egenvård är individens förmåga att ta hand om sig själv, vilken främjas eller hindras av de omgivningar och förhållanden där individen vistas. Individen bör ha kunskap och förståelse för betydelsen av egenvårdsåtgärderna för att kunna utföra dem (Orem, 2001).

Enligt Orem (2001) uppfattning har individen förmågan att själv styra sin egen utveckling och handla lämpligt för att värna om sin hälsa. Patienten är i behov av omvårdnad när egenvårdsbehovet är större än patientens ork och förmåga. Därför är det viktigt att återuppbygga balansen emellan förmåga och behov, det vill säga, för att omvårdnadens krav skall uppfyllas (Orem, 2001). Begreppet hälsa kopplas till egenvårdsbalans där Orem teori menar att individen har vilja och kapacitet att, själv eller tillsammans med andra uppfylla kraven på egenvård i livets olika situationer (Orem, 2001). Individen anses som erfaren och har förmågan att tänka och ständigt vara beredd att ompröva en situation för att handla utifrån sin bedömning. Att individen har förmåga att bedöma och handla avsiktligt innebär att individen har förmågan att ta hand om sig själv eller med stöd av närstående.

Orem beskriver egenvård som aktiviteter som individen genomför för att bibehålla hälsa, liv och välbefinnande. Egenvård är därför de avsiktligt styrda handlingar som individen utför för att vårda sig och sin hälsa. Individen har alltså kapaciteten att vårda sig själv. En människas förmåga till egenvård kan påverkas av flera olika faktorer såsom hälsostatus, livsstil, socialt nätverk och inre utveckling.

Teorin egenvårdsbrist uppkommer när individen eller anhörigas kapacitet till omsorg inte överensstämmer med behovet av egenvård. Det är den professionella vården och sjuksköterskan som då behövs för att återuppbygga balansen hos patienten och stödja egenvårdskapaciteten. Inre och yttre förhållanden kan vara anledning till att individen och dennes närstående av någon orsak inte kan balansera egenvårdsbehoven.

Teorin omvårdnadssystem inkluderar det systematiska arbete som den professionella sjuksköterskan utför. Omvårdnadssystemet inriktar sig på att hjälpa och stödja individen att utveckla en kapacitet för egenvård för att uppfylla sitt eget vårdbehov. Orem (2001) förklarar begreppen välbefinnande och hälsa som två olika former av mänsklig status som hänger ihop till varandra. Hälsa används för att presentera den status som individen befinner sig i, och kännetecknas av både fysiska och psykiska tillstånd. Välbefinnande är individens förståelse för den egna situationen. Detta är en status som definieras genom människans själsliga upplevelse av tillfredsställelse. Välbefinnande är också kopplat till hälsa. Individen kan även om det finns brister i kroppsliga funktioner till följd av sjukdom, uppleva välbefinnande (Orem 2001).

METOD

Metoden som har använts är en litteraturöversikt. En litteraturöversikt är en översikt över kunskapsläget inom ett forskningsområde (Friberg, 2017a). Det handlar med andra ord om att ta fram relevant forskning på ett systematiskt sätt och ordentligt bearbeta alla steg för att få en uppfattning om vad som studeras. Det innebär också att en sökning av relevanta artiklar, urval och kvalitetsgranskning av de utvalda artiklarna utförs på ett systematiskt sätt (Rosén, 2017). Det valda fenomenet i litteraturöversikten är relaterat till kvalitativa vetenskapliga artiklar som ansågs lämpligt för denna studie. Kvalitativ forskning syftar till att studera patienters upplevelser, erfarenheter och förväntningar (Segesten, 2017).

Datainsamling

Östlundh (2017) beskriver att akademiska databaser har kvalitetsgranskat innehåll som kategoriserats för att möjliggöra genomförande av relevanta urval och sökningar. I litteraturöversikten användes databaserna PubMed och Cinahl Complete. Dessa databaser innehåller vetenskapliga artiklar inom relevanta ämnesområden såsom medicin, vårdvetenskap och omvårdnad (Östlundh, 2017). Sökorden som användes i båda databaserna var *heart failure*, *selfcare*, *nursing models*, *self management*, *patient satisfaction*, *experience* och *experience*. I Cinahl Complete tillämpades CINAHL Subject Headings som är ämnesordlistor uppbyggda i en grundläggande struktur som förenklar sökningen i databasen (Östlundh, 2017). Därefter användes medicinska Mesh-termer som namnges i databasen PubMed. De medicinska termerna i PubMed har samma grundstruktur på ämnesordlistor för

att det ska vara möjligt att sammanställa anpassande sökord och avgränsa sökningen (Östlundh, 2017).

Boolesk söklogik AND och OR-operatörer användes. Boolesk söklogik används för att kombinera sökorden samt avgränsa sökresultaten som i sin tur förenklar att hitta ett bra litteratururval (Östlundh, 2017). Ämnesorden i sökningen kopplades till den söktechniska funktion trunkering i databaserna. Trunkering används för att ta fram information som innehåller alla olika böjningsformer av ordet, till exempel att skriva ordstammen som söks och avsluta med att sätta trunkeringstecken efter ordstammen utan mellanslag (Östlundh, 2017).

Inklusionskriterier och exklusionskriterier användes för att urskilja vetenskapliga artiklar som är lämpliga för litteraturöversikten. Ett inklusionskriterium var att artikeln skulle innehålla studier om patienter med hjärtsvikt, från 18 år och äldre. Exklusionskriterier var barn under 18 år, då syftet var att fokusera på egenvård vid hjärtsvikt bland vuxna.

Avgränsningsfunktioner kan användas för att underlätta urvalet genom att rensa bort information som inte är en del av intresseområdet (Östlundh, 2017). De avgränsningar som användes i litteraturöversikten var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara peer-reviewed och publicerade mellan år 2001–2021. Peer-reviewed innebär att studien håller vetenskaplig kvalitet eftersom den är vetenskapligt granskad av forskare innan publicering (Östlundh, 2017).

I studien söktes, sorterades och lästes alla titlar utefter sökträffarna som var relevanta för studiens syfte. Därefter lästes dessa artiklars abstrakt för att ytterligare undersöka lämpligheten i förhållande till syftet. De studier som svarade på syftet lästes i sin helhet (Bilaga 1). Det är viktigt att de studier som väljs för ett resultat överensstämmer med aktuellt syfte (Friberg, 2017b).

De artiklar som överensstämde med litteraturöversiktens syfte genomgick en kvalitetsgranskning. Vid granskning av kvalitativa studier är det viktigt att bedöma om det finns en tydlig problemformulering, syfte, beskrivning av metod och ett bra etiskt resonemang (Friberg, 2017b). Författarna bedömde och granskade samtliga artiklars kvalitet utifrån frågeställningarna för granskning av kvalitativa artiklar som Friberg föreslår (2017b). Vid kvalitetsgranskningen exkluderades fyra artiklar på grund av deras kvalitet eller hur deras

resultat framställdes ur ett etiskt perspektiv. Efter kvalitetsgranskning kvarstod sammanlagt tio kvalitativa vetenskapliga artiklar som användes för litteraturöversiktens resultat. Studierna hade sitt ursprung från Amerika, Tyskland, Norge, Taiwan, Singapore, Italien och Kanada (bilaga 2).

Dataanalys

Utvalda artiklar sammanställdes och analyserades utifrån Fribergs (2017c) analysmetod. Analysen gjordes i fem steg. I det första steget lästes artiklarna i sin helhet, sedan bröts resultaten i respektive artikel ned för att få fram viktiga fynd som illustrerar syftet. För att få en förståelse av innehållet i varje artikel lästes artiklarna flera gånger med öppenhet. I analysens andra steg identifierades de textdelar som besvarade litteraturöversiktens syfte. Friberg (2017c) beskriver detta som identifieringen av nyckelfynd. Textdelarna markerades med olika färger för att få en överblick över innehållet. Därefter sammanställdes i det tredje steget respektive studies resultat i ett nytt dokument. I analysens fjärde steg jämfördes de olika sammanställda resultaten för att urskilja likheter och skillnader i resultaten. Resultat som handlade om liknande upplevelser placerades tillsammans och teman och subteman som beskrev innehållet i de sammanställda resultaten formulerades. I analysens femte steg sammanställdes en ny textbaserad på textdelarna från samtliga studier under respektive teman och subteman. Den nya texten utgör studiens resultat och den nya helheten som Friberg (2017c) beskriver.

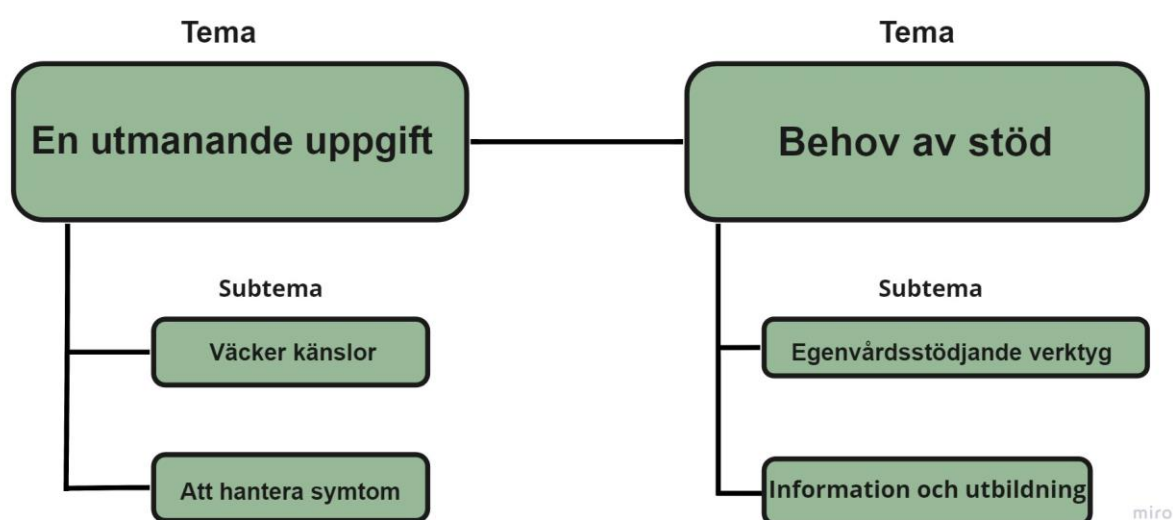
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

En etisk granskning görs för att skydda deltagarnas integritet, för att de som deltar i en studie ska kunna känna sig trygga att medverka i studien. Etiska lagar används för att inte såra, utnyttja samt för att skada inte ska uppstå (Kjellström, 2017). Friberg (2017b) betonar att etiska diskussioner vid undersökningar av studiers kvalitet är viktigt att ta hänsyn till. Författarna har därför vid kvalitetsgranskning av studierna försäkrat sig om att de studier som valts för litteraturöversikten var etiskt granskade. Om ett etiskt godkännande finns bör det innebära att etiska överväganden har gjorts av de som utfört studien. Vidare förutsätts att patienterna fått information om studiens syfte och att de också gett sitt samtycke till att medverka i studien.

Priebe och Landström (2017) beskriver betydelsen av att diskutera sin förförståelse då en studie genomförs eftersom det ger en medvetenhet om förförståelsen, vilket kan minska risken för en negativ påverkan på studien. Förförståelsen har diskuterats under arbetet med litteraturöversikten vilket gjort att risken har minimerats för en påverkan på t.ex. val av artiklar till litteraturöversiktens resultat. Samtliga artiklar som framkom vid sökningar och som svarade på studiens syfte användes för resultatet. Ett annat etiskt övervägande är hur resultatet presenteras. Om artiklar är på annat språk än modersmålet finns en risk att text feltolkas och därför presenteras inte resultatet i överensstämmelse med källan (Kjellström, 2017). Eftersom artiklarna var skrivna på engelska fanns en risk för misstolkning. För att minska risken användes Nordstedts ordbok (Petti & Petti, 2010) samt web-baserat översättningsverktyg till exempel Google translate.

RESULTAT

Resultatet bygger på tio kvalitativa vetenskapliga artiklar där det beskrivs hur patienter med hjärtsvikt upplever sin egenvård. Utifrån en analys av dessa artiklar identifierades två teman och fyra subteman: *En utmanande uppgift* med subteman *väcker känslor* och *Att hantera symptom*, samt temat *Behov av stöd* med subteman *Egenvårdsstödjande verktyg* samt *Information och utbildning* (Figur1).



Figur 1: Översikt över teman och subteman

En utmanande uppgift

Patienterna med hjärtsvikt upplevde att utförandet av egenvård var en utmanande uppgift ur flera aspekter. Beskrivningar gjordes av hur utförandet av egenvård väcker känslor som oro för att inte klara av att utföra egenvården. Vidare upplevdes det som en utmaning för patienterna att hantera symtomen.

Väcker känslor

Patienter med hjärtsvikt upplevde att egenvård väckte känslor (Nordfonn m.fl., 2019; Li m.fl., 2019; Clark m.fl., 2009; Klindtworth m.fl. 2015). Patienterna beskrev förekomsten av negativa känslor såsom frustration och rädsla i samband med egenvård (Li m.fl., 2019). Många patienter menade att de kämpade känslomässigt, vilket påverkade deras förmåga att utföra egenvård och det påverkade i sin tur deras välbefinnande. En känslomässig påverkan bidrog till att patienterna upplevde egenvården som utmanande. Patienternas medvetenhet om att om de inte skötte sin egenvård kunde även påverka deras allmäntillstånd och välbefinnande. De beskrev därmed en rädsla för sjukdomsutveckling och försämring av välbefinnandet (Klindtworth m.fl., 2015; Nordfonn m.fl., 2019). Flera patienter uttryckte frustration över den planering som egenvården krävde. De kämpade för att följa den rekommenderade egenvården (Nordfonn m.fl., 2019; Li m.fl., 2019; Clark m.fl., 2009). Administrering av medicin hemma var känslomässigt krävande, vilket ledde till att de slutade att ta de mediciner som de hade ordinerats (Nordfonn m.fl., 2019). Patienterna upplevde att känslomässiga utmaningar var kopplade till flera faktorer (Seah m.fl., 2016; Lockhart m.fl., 2014; Nordfonn m.fl., 2019). Exempelvis uppfattade de sig själva som en börda när de behövde hjälp av närstående med dagliga aktiviteter (Seah m.fl., 2016; Nordfonn m.fl., 2019).

Ångest uppstod när diagnosen hjärtsvikt utvecklades, men ofta uppstod ångest på grund av rädsla för hjälplöshet och osäkerhet. Orsaken till ångesten var ofta att det fanns en oro för att inte klara av att utföra egenvården (Klindtworth m.fl., 2015; Seah m.fl., 2016; Nordfonn m.fl., 2019). Det framkom även negativa känslor som orsakade stress bland patienterna (Nordfonn m.fl., 2019; Li m.fl., 2019). Några patienter beskrev känslor som ilska, depression och känsla av förlust när de inte kunde klara av att utföra egenvård (Seah m.fl., 2016). Det förekom beskrivningar om att plötsliga förändringar i livssituationen orsakades av den nya diagnosen och de nya uppgifterna, var en anledning till känslor av oro (Barello m.fl., 2015; Nordfonn

m.fl., 2019). Den nya livssituationen med behandlingar och förändringar som patienterna upplevde under sjukdomsförloppet beskrevs som känslomässiga utmaningar som orsakade förvirring hos patienterna (Barello m.fl., 2015; Nordfonn m.fl., 2019).

Att hantera symtom

Flera patienter ansåg det effektivt att tekniken kunde hjälpa och vägleda dem i att hantera symtomen vid hjärtsvikt (Li m.fl., 2019; Nordfonn m.fl., 2019). Patienterna ansåg att det var viktigt att känna igen symtomen på hjärtsvikt. Exempelvis för att kunna upptäcka vätskeansamling i benen eller buken vilket de beskrev som symtom vid hjärtsvikt (Aamodt m.fl., 2020; Klindtworth m.fl., 2015). Patienterna beskrev vidare att de kunde identifiera sitt hälsotillstånd och hade insikt om att upplevda symtom innebar en hälsorisk, vilket ledde till att de sökte hjälp från vårdpersonalen (Andersson m.fl., 2021; Clark m.fl., 2009). De flesta patienter kände sig fysiskt välmående när de följde rekommendationerna för egenvård såsom att följa en låg natriumdiet, vilket kunde leda till en förbättring av deras symtom på hjärtsvikt (Seah m.fl., 2016; Myers m.fl., 2020).

Upplevelsen hos patienterna var att de kunde förbättra sina symtom genom att följa rekommendationer och vara aktivt uppmärksamma på symtomen (Myers m.fl., 2020). De uttryckte också hur deras förståelse utvecklades och de kunde förstå och hantera nya symtom baserat på medicinsk rådgivning och på den ökade medvetenheten om kroppens signaler. Patienternas upplevelse var att de kunde avgöra vilka symtom som var relaterade till deras hjärtsvikt och vad som berodde på något annat (Barello m.fl., 2015; Myers m.fl., 2020).

Behov av stöd

Patienterna uttryckte ett behov av stöd för att kunna utföra sin egenvård. De beskrev behovet av stöd i form av Egenvårdsstödjande verktyg vilket kunde handla om stödprogram och mobilapplikationer men också stöd från vårdpersonal. Vidare beskrevs ett behov av stöd, genom Egenvård med stöd samt Information och utbildning, vilket ofta upplevdes som bristande.

Egenvårdsstödjande verktyg

De flesta patienterna uttryckte att de använde olika verktyg som stöd för att de skulle prioritera sin egenvård (Clark m.fl., 2009; Klindtworth m.fl., 2015; Li m.fl., 2019;

Aamodt m.fl., 2020). De beskrev att användningen av kamratstödsprogram, mobilapplikationer och handlingsplaner, som är färgkodade verktyg såsom rött, gult och grönt för hjärtsvikt i det dagliga livet gav dem en specifik plan för att övervaka sitt tillstånd. Detta verkade ge hopp och en koppling mellan patienten och dennes vårdgivare (Andersson m.fl. 2021; Aamodt m.fl., 2020; Lockhart m.fl., 2014). Mobilapplikationer användes som verktyg för att övervaka aktivitet, sömn eller mäta blodets syremättnad, hjärtfrekvens, blodtryck och blodsockernivå (Aamodt m.fl., 2020). De hänvisade ofta till verktyg som de tyckte var informativa, anpassade och skulle vara till hjälp om de gjordes tillgängliga för alla patienter med hjärtsvikt som utför egenvård (Aamodt m.fl., 2020; Andersson m.fl., 2021; Seah m.fl., 2016). Dessa verktyg inkluderade programmet för kamratstöd, dagbok, möten ansikte mot ansikte med andra som befann sig i samma situation. Det kunde också vara psykologiskt stöd och medan andra förlitade sig på en religiös tro (Li m.fl., 2019; Aamodt m.fl., 2020; Andersson m.fl., 2021; Lockhart m.fl., 2014).

Patienterna beskrev att livsstilsförändringar tillsammans med nya rutiner gav snabbt resultat vilket gav dem motivation att göra förändringar. De beskrev att de genom denna motivation utifrån sina egna val hade gjort ändringar angående kost, rökning, alkoholkonsumtion och mängden fysisk aktivitet (Myers m.fl., 2020; Seah m.fl., 2016; Li m.fl., 2019). För att anpassa sig till fysiska begränsningar skapade patienterna nya rutiner som hjälpte dem i deras utförande av egenvård (Li m.fl., 2019).

Egenvårdsaktiviteterna och stödverktyg som identifierades av patienterna som viktiga för att hantera egenvård var saltbegränsning, konsumtion av mediciner, underhåll av regelbunden fysisk aktivitet och ett schema för viktkontroll (Aamodt m.fl., 2020; Clark m.fl., 2009). Patienterna beskrev också att de använde vågen för att avgöra om de skulle använda mediciner för att minska vätskeretention. Detta gjordes för att övervaka förändringar i kroppsvikt, vilket exempelvis skulle kunna signalera ökad retention av kroppsvätska (Aamodt m.fl., 2020).

Egenvård med stöd var något som vissa patienter föredrog att behålla, eftersom de kände som att de var ensamma om att genomgå denna prövning och behövde stöd från andra. Även om patienterna fick stöd från närstående och vänner uppskattade många att vara en del av en grupp. I gruppen där de träffade andra i samma situation kände de sig förstådda. De kunde dela med sig till varandra av sina liknande erfarenheter och utmaningar. Detta gav en ökad

känsla av trygghet och var avgörande för motivation till att utföra sin egenvård på ett bättre sätt (Lockhart m.fl., 2014; Seah m.fl., 2016).

Många av patienterna uttryckte en stark tillit till vårdpersonal eftersom läkare och sjuksköterskor var den främsta källan till att patienten skulle bli motiverad till egenvård (Clark m.fl., 2009; Li m.fl., 2019). Det fanns de patienter som indikerade att de följde professionella råd om egenvård och fick stöd från närstående med detta. Vänskapen som många patienter utvecklade i de grupper de deltog i var inte bara social gemenskap utan den var också en källa till praktisk medicinsk rådgivning. Patienterna upplevde att de genom social gemenskap tog bättre hand om sig själva och kände att de därmed utförde sin egenvård på ett bättre sätt (Clark m.fl., 2009; Li m.fl., 2019; Lockhart m.fl., 2014; Klindtworth m.fl., 2015).

Information och utbildning

Många patienter upplevde brist på information och saknade kunskap om sin sjukdom, behandling och egenvård efter sjukdomsdebut (Nordfonn m.fl., 2019; Klindtworth m.fl., 2015; Seah m.fl., 2016; Li m.fl., 2019; Andersson m.fl., 2021; Lockhart m.fl., 2014). Bristen på utbildning om hur egenvård utförs upplevdes av patienterna som att de lämnades i förvirring kring hur de ska agera, om de ska söka vård när de känner symtom (Nordfonn m.fl., 2019; Klindtworth m.fl., 2015; Seah m.fl., 2016). Flera patienter upplevde alltmer att de hade brist på tillräcklig information om symtomshantering och utförande av egenvård (Nordfonn m.fl., 2019; Li m.fl., 2019).

Många patienter med hjärtsvikt upplevde att de hade en dålig förståelse för diagnosen och dess prognos (Klindtworth m.fl., 2015). Patienterna beskrev hjärtsvikt som en sjukdom som de inte hade kunskap om, vilket fick dem att känna sig osäkra och inkompetenta att utföra egenvård (Nordfonn m.fl., 2019). Det fanns de som vägrade att få utbildning och information om diagnosen och ignorerade att söka hjälp om egenvårdshantering, på grund av att patienterna insåg att vårdpersonalen var upptagna för att ge tillräcklig information om deras sjukdom (Clark m.fl., 2009; Li m.fl., 2019). Andra patienter efterfrågade dock mer utbildning om sitt tillstånd. Detta fick patienterna att begära mer information och stöd för att de uttryckte förtroende att lära sig mer om hjärtsvikt och egenvårdshantering (Nordfonn m.fl., 2019; Klindtworth m.fl., 2015; Seah m.fl., 2016). Med tanke på diagnosens svårighetsgrad uttryckte flera patienter behovet av någon med specifik kunskap till exempel vårdgivare som är expert

och kunnig inom detta område samt utbildning för just deras sjukdom (Nordfonn m.fl., 2019). Mer information och stöd önskades i allmänhet bland patienterna (Nordfonn m.fl., 2019; Klindtworth m.fl., 2015; Seah m.fl., 2016).

DISKUSSION

I litteraturöversiktens metoddiskussion presenteras arbetets styrkor och svagheter. Därefter diskuteras i resultatdiskussionen delar av litteraturöversiktens resultat i relation till Orems egenvårdsteori om egenvårdsbalans.

METODDISKUSSION

Litteraturöversiktens syfte var att beskriva patienters upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt. Hjärtsvikt har blivit alltmer vanligt och i och med att människan blir äldre anses hjärtsvikt vara problem som kommer att öka i framtiden. Därför ansågs problematiken viktig att belysa i litteraturöversikten, och då särskilt patienternas upplevelse av egenvård vid hjärtsvikt. Friberg (2017a) beskriver att litteraturöversikt innebär att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett forskningsområde. Därför valde författarna att ta fram relevanta artiklar på ett systematiskt sätt och bearbeta alla steg. Totalt tio kvalitativa artiklar har granskats i denna litteraturöversikt. Författarna hade svårt att hitta rätt sökord i början av sökningen av artiklar trots att författarna hade flera förslag på sökord men kombinationerna av ord gav olika resultat. Därför bokades tid med bibliotekarien på Ersta Sköndal Bräcke högskola. Den hjälp vi fick ledde till bättre sökningar med olika kombinationer av sökord och sökblock vilket gav bättre sökresultat av artiklar som besvarade vårt syfte.

Databaserna som valdes för att söka relevanta vetenskapliga artiklar utifrån val av metod var CINAHL Complete och PubMed. Databaserna innehåller original vetenskapliga artiklar som håller sig till ämnesområdet vårdvetenskap, medicin och omvårdnad. För att stärka en studies trovärdighet görs sökningar i olika databaser eftersom möjligheten att erhålla relevanta artiklar ökar (Henricson, 2017).

En svaghet i litteraturöversikten är troligtvis att de artiklar som användes för studiens resultat var skrivna på engelska, vilket inte var författarnas modersmål. Användning av litteratur som är skriven på annat språk än författarnas modersmål kan medföra en risk för feltolkningar av

artiklarnas innehåll (Kjellström, 2017). För att minimera risken för feltolkning användes ordbok för att översätta texterna som var svåra att översätta för författarna.

Genom att redovisa den förförståelse som finns inom ett valt ämne kan arbetets trovärdighet ökas. Förförståelse innebär att det finns en kunskap eller erfarenhet inom det område där forskningen utförs hos de som utfört studien. En medvetenhet om den egna förförståelsen och diskussion om förförståelsen under hela arbetsprocessen minskar risken för feltolkningar av en studies resultat (Mårtensson & Fridlund, 2017). Förförståelse och kunskap inom området finns från arbete och verksamhetsförlagd utbildning. Förförståelsen diskuterades därför kontinuerligt med medstudent, under hela processen vilket enligt Mårtensson och Fridlund ökar en studies pålitlighet.

Det är viktigt att analysen beskrivs utförligt för att kunna stärka studiens trovärdighet. Det är också viktigt att sträva efter att ge en så rättvis beskrivning som möjligt av studiens resultat. Genom att tillåta andra personer som handledare och andra studenter, att granska ett arbete och diskutera dess innehåll och tolkningar anses en studies trovärdighet kunna ökas (Mårtensson & Fridlund, 2017). Diskussioner skedde konstant under sex handledningstillfällen då handledaren och opponenterna var medgranskare av arbetet och gav kontinuerligt respons med förslag på ändringar för att förbättra arbetets kvalitet. Att undersöka patienter med hjärtsvikts erfarenheter av egenvård från olika länder och olika kulturer anses vara en styrka och därför gjordes inte begränsningar med hänsyn till länder vid artikelsökningen. För att få ett bredare perspektiv är det lämpligt att inkludera studier som representerar olika länder (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Resultatet i litteraturöversikten kan inte helt överföras och sägas gälla för alla patienter som utför egenvård vid hjärtsvikt. Eftersom studierna representerar olika länder finns möjligheten att till exempel sjukvårdsorganisationen men också kulturen ser olika ut i de olika länderna. Resultatet kan vara delvis överförbart trots de kulturella olikheterna bland patienterna eftersom det framkom i resultatet att de hade liknande tankar om egenvård. Även om en studies resultat inte helt kan överföras finns det en överförbarhet till liknande grupper som finns i liknande sammanhang (Mårtensson & Fridlund, 2017).

RESULTATDISKUSSION

Litteraturoversiktens resultat presenteras under två teman och fyra subteman som besvarade syftet att beskriva patienters upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt. Följande fynd i resultatet har valts för vidare diskussion: vikten av information, utmaningar vid egenvård och att behöva stöd. Dessa fynd diskuteras i relation till annan forskning och Orems egenvårdsteori.

Vikten av information

Resultatet visade att många patienter upplevde brist på information om hjärtsvikt, sjukdomsutveckling, symtom och innebörd av egenvård. De upplevde sig också behöva kunskap om och förståelse för sin sjukdom för att kunna utföra egenvård. Andersson m.fl. (2012) beskriver också i sin studie att patienterna upplever att de inte hade fått information om sin diagnos eller orsaken till sitt tillstånd och inte ens hade informerats av vårdgivarna om att de hade hjärtsvikt. I stället trodde många patienter att deras symtom orsakades av ålder (Andersson m.fl., 2012).

I litteraturoversiktens resultat beskrevs att patientens minskade förmåga till egenvård berodde på den bristande informationen, vilket gjorde att de inte kände sig kompetenta att utföra egenvård. Författarna i litteraturoversikten tolkar det som viktigt att sjuksköterskan gör en större insats för att ge patienterna stöd på flera nivåer, till exempel gällande information och emotionellt stöd. Strömberg (2014) beskriver att sjuksköterskan har ett stort inflytande i patientens egenvård genom att se till att patienterna blir bättre informerad och utbildade med individanpassat stöd samt kunskap som kan gynna patienterna att utföra sin egenvård. Detta bekräftar Orems (2001) teori som är förknippad med synen på hälsa, och där anser Orem att varje individ har förmågan och viljan att antingen själva eller tillsammans med någon annan bistå livets krav genom egenvård. Därför bör sjuksköterskan ha kompetensen att förstå verkliga eller hotande brister i egenvårdskapacitet, egenvårdsbehov och resurser hos individen (Orem, 2001).

Litteraturoversiktens resultat visade också att patienterna uppfattade sig själva som en börda när de behövde ta hjälp av sina närstående med dagliga aktiviteter. Orem (2001) betonar i teorin om egenvård vikten av att inkludera individen i sin egenvård utifrån personens förmåga att vårda sig själv eller att utföra egenvård med stöd av sina närstående. Individens förmåga till egenvård är delvis inlärd och hur individen agerar påverkas av andra grundläggande

faktorer såsom främjande av hälsa, livskvalitet och välbefinnande. Åsikten hos litteraturöversiktens författare överensstämmer med Orems tankar att individanpassad omvårdnad spelar en viktig roll och är grundläggande för individens hälsa.

Således hänvisar författarna också till ICN (2017) som beskriver vikten av att sjuksköterskan ur ett etiskt perspektiv, ger information på ett individualiserat sätt med avseende på kulturella skillnader (ICN, 2017). Enligt International Council of Nurses (ICN, 2017) framgår det att sjuksköterskan är ansvarig för att kunna ge patienten tillgång till korrekt och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt som inkluderar samtycke gällande vård och behandling. Vidare ingår det i sjuksköterskans kompetens att samarbeta med patienten som ett team och visa förståelse för hur patienten uppfattar sin egenvård. Sjuksköterskornas fyra grundläggande ansvarsområden handlar om att främja hälsa, förebygga sjukdomar, återställa hälsan och lindra lidande. För att göra detta möjligt bör sjuksköterskan förstå vikten av relevant information och förmedla rätt kunskap utifrån patientens behov (ICN, 2017). Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2017) påvisar också att sjuksköterskor ska kunna planera, genomföra och utvärdera information samt utbildningsinsatser i dialog med patienten och anhöriga för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

De allra flesta patienterna hade dålig förståelse för diagnosen hjärtsvikt och dess prognos visade litteraturöversiktens resultat. Detta fick många av dem att vägra utbildning och information om sin sjukdom när de insåg att vårdpersonalen var för upptagna. Författarna anser att det inte var förvånande eftersom patienternas frågor i flera fall förblir obesvarade eller att de får information som de inte förstår, vilket bidrar till brist på motivation hos patienterna. Andersson m.fl. (2012) beskriver att patienter med hjärtsvikt har mindre förståelse för diagnosen jämfört med patienter som exempelvis har diabetes. Därför är det viktigt att patienterna informeras om sin diagnos och behandling för att förbättra prognosen och livskvaliteten. Vidare stärks detta av tidigare studier av Andersson m.fl. (2012) och Nordfonn m.fl. (2020) att en del patienter uttrycker vikten av information om nuvarande och framtida behandlingsplaner för att bygga upp kapacitet att utföra sin egenvård. Patienternas behov eller önskemål om hjälp från primärvården varierade. En del träffar enbart läkare för att få en blodtryckskontroll eller för att få veta hur länge de ska fortsätta sin medicinering. Det uppskattas bland patienterna att få en begränsad mängd information från vårdpersonal. Däribland information som kan hjälpa dem att fortsätta hantera diagnosen, och patienterna

uttrycker också en önskan om att få information om fysisk träning, kostråd och uppföljning med blodprover (Andersson m.fl., 2012; Nordfonn m.fl., 2020).

Socialstyrelsen (2021b) framhåller att patienterna måste informeras om den bakomliggande orsaken till sjukdom och vilka symtom som kan uppstå. I litteraturöversiktens resultat framkom att majoriteten av patienterna hade en stark tilltro till vårdpersonal. Läkare och sjuksköterskor var deras främsta källa till information gällande egenvård. Sjuksköterskan skapar i samarbete med patienten och anhöriga en omvårdnadsplan för att reducera obalansen hos patienten. Författarna reflekterar över att detta görs genom att ta hänsyn till egenvårdsbehovet och att stödja patientens egenvårdskapacitet som Orem (2001) talar om.

Utmaningar vid egenvård

Resultatet i litteraturöversikten visade att patienter med hjärtsvikt upplevde att egenvård var krävande och utmanande samt påverkade livskvaliteten. Sevilla-Cazes m.fl. (2018) hävdar i en studie att patienter upplever utmaningar i egenvårdshantering och att dessa orsakades av flera aspekter. Författarna tolkar att detta berodde på känslomässiga utmaningar, osäkerhet och upplevelsen av att känna sig som en börda för andra. I litteraturöversiktens resultat uttryckte flera patienter att de kände sig som en börda för sin närstående, på grund av diagnosen och de nya kraven på egenvård. Sevilla-Cazes m.fl. (2018) beskriver att patienterna ofta upplever stress, frustration och hopplöshet som ett resultat av ett upplevt försämrat tillstånd eller brist på framsteg trots att de följde behandlingsrekommendationer.

Patienter kände sig bekväma med sitt fysiska hälsotillstånd och följde rekommendationerna för egenvård när de fick råd kring hjärtsvikt enligt litteraturöversiktens resultat.

Däremot beskriver Sevilla-Carzes m.fl. (2018) i sin studie att vissa känslor förekommer oavsett om patienterna känner sig bekväma att hantera sin hjärtsvikt eller inte. Patienterna har känslomässiga reaktioner såsom förtvivlan vilka kännetecknas av minskade eller förvärrade symtom och manifesteras av negativa känslor (Sevilla-Cazes m.fl., 2018). Detta överensstämmer med litteraturöversiktens resultat som också visade att patienterna upplevde negativa känslor när hjärtsvikt utvecklades, vilket ledde till känslor av frustration, stress, rädsla, ångest och hjälplöshet. Detta är förenligt med teorin om egenvårdbrist som beskriver att inre och yttre faktorer som leder till att individen inte kan utföra sin egenvård, eftersom hen är i behov av professionell vård för att kunna tillgodose sitt egenvårdsbehov och uppfylla kraven som ställs i form av olika utmaningar (Orem, 2001). Författarna anser att

sjuksköterskan bör vara involverad i patientens vård för att stödja patienten för att egenvårdskapaciteten ska kunna upprätthållas vilket främjar den egenvårdsbalans som Orem (2001) beskriver.

Det framgår tydligt i studien av Nordfonn m.fl. (2020) att sjuksköterskan spelar en viktig roll för att motivera patienter med hjärtsvikt att ägna sig åt egenvård, reagera effektivt på behandlingskrav och öka deras egenvårdskapacitet. I litteraturöversiktens resultat framkom att flera patienter uttryckte frustration över utmaningen att följa sina behandlingsrekommendationer och att samordna sin vård, detta inkluderade bland annat administrering av läkemedel. Sevilla-Cazes m.fl. (2018) beskriver att detta inte bara är relaterat till psykiska utmaningar som patienter står inför, utan också deras fysiska utmaningar. Vid dessa utmaningar upplever patienterna alltmer oroande symtom och rädsla.

Socialstyrelsens (2018) riktlinjer för hjärtsjukvård visar att patienter med hjärtsvikt står inför dagliga utmaningar som leder till förkortad livslängd och minskad livskvalitet. Detta indikerar en högre risk att patienter utvecklar rädsla för sjukdom och fysiska, sociala och psykiska utmaningar. Dessutom ur ett samhällsligt perspektiv står denna patientgrupp för betydande samhällskostnader på grund av behov av sjukhusvård. Målet med behandling och omvårdnad är att minska sjukdomsutveckling, minska symtomen och öka överlevnadstiden.

Att behöva stöd

Utifrån litteraturöversiktens resultat framkom att patienter med hjärtsvikt relativt ofta behöver stöd, eftersom de känner sig ensamma om att leva med diagnosen och att utföra egenvården. I resultatet beskrevs patienternas utförande av egenvård med hjälp av olika verktyg som var ett stöd för att de skulle prioritera sin egenvård. Liknande resultat beskrivs i en studie av Jiang m.fl. (2021) som visar att när patienterna får stöd kring sitt tillstånd, blir de alltmer självsäkra i sin egenvård som ett resultat av ökad kunskap och förståelse för symtomövervakning och tolkning av symtom. Att öka förståelsen hos patienterna för de många komplexa kopplingarna mellan hjärtsviktssymtom och egenvårdande uppgifter är en effektiv åtgärd. Författarna av litteraturöversikten anser att det behövs vägledning och stöd om hur man utför egenvård, eftersom målet med egenvård är att ta hand om sin egen hälsa genom att bland annat utöka aktiviteter för att kunna bibehålla livskvaliteten, hälsan och välbefinnandet. Dessutom stärker Strömberg (2014) att egenvårdsåtgärder vid hjärtsvikt består även av att patienten klarar

intaget av den ordinerade medicin, övervaka symtomförsämringen i form av andfåddhet, ödem och viktuppgång.

Teorin om omvårdnadssystemet omfattar sjuksköterskans systematiska arbetssätt som förutsätter och utvecklar resultatet av vårdprocessen genom att stödja individen att uppfylla egenvårdskrav och egenvårdskapacitet (Orem, 2001). Orem anser att det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar orsaken till ohälsa för att kunna återuppbygga patientens välbefinnande genom att hjälpa och stödja att hen utvecklar en kapacitet för egenvård och sedan kunna tillgodose sitt eget vårdbehov. Detta överensstämmer med studien av Nordfonn m.fl. (2020) som visar att relationen mellan sjuksköterskan och patienterna skapar förmågan som krävs för att utföra egenvård. Relationen är också av betydelse för att sjuksköterskan ska kunna stödja patienterna till att utveckla strategier för egenvård och därmed öka sin egenvårdskapacitet. Hälsa handlar om individens upplevelse av helhet och skapar förutsättningar som definierar fysiska och psykiska tillstånd samt socialt välbefinnande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Orem menar att hälsan kan anses vara individens kapacitet att förhålla sig på ett optimalt sätt till livet och tillvaron (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Orem (2001) förklarar begreppen välbefinnande och hälsa som två olika former av mänskligt status som hänger ihop med varandra. Hälsa används för att presentera den status som individen befinner sig i, och kännetecknas av både fysiska och psykiska tillstånd.

Litteraturöversiktens författare anser att sjuksköterskan är en betydelsefull del i det hela, hen har ett omvårdnadsansvar och ska kunna ge stöd till individen i den mån att människans hälsa återkommer eller bibehållas. Jiang m.fl., (2021) visar i en studie att patienterna uppskattar stöd av vårdgivare. Uppskattningen av att få stöd framkom också i litteraturöversiktens resultat där patienterna påtalade att det var positivt att få stöd från vården. De talade även om det stöd de fick från närstående samt genom den vänskap som de utvecklade med andra patienter som något de uppskattade.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Litteraturöversikten kan förhoppningsvis bidra till ökad förståelse bland sjuksköterskor för patientens upplevelser av egenvård vid hjärtsvikt. Kunskapen som resultatet ger kan vara ett stöd för sjuksköterskan i mötet med patienterna. De upprepade sjukhusinläggningar som ofta

följer med hjärtsvikt är förknippat med stora samhällskostnader. Ett sätt att om möjligt kunna minska detta behov av sjukhusvård är att informera, utbilda och stödja patienten och också närstående som ofta är involverad i patientens egenvård. Information, utbildning och stöd kan bidra till att patienten, och i de fall närstående är involverade, känner sig kompetenta och motiverade att utföra egenvårdsuppgifterna. Patientutbildning kring symtom och prognos vid hjärtsvikt ökar förutsättningarna för god egenvård, vilket på längre sikt skulle kunna minska antalet sjukhusinläggningar samt risken för att dö i förtid. Den kunskap som resultatet ger kan också bidra till att arbetsgivare i både landstingsvård och kommunal vård förstår behovet av att utbilda personal inom området, eftersom egenvården är en viktig del i behandlingen av hjärtsvikt.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

I litteraturöversikten framkom hur patienter med hjärtsvikt upplever sin egenvård. För att öka kunskapen ytterligare behövs mer forskning om vad som krävs för att egenvård ska fungera och vad som krävs för att patienten ska vara motiverad till att utföra egenvård. För att undersöka detta kan djupintervjuer göras med frågeställningar om hur patienten med hjärtsvikt följer de egenvårdsråd som sjukvården ger. Ett ytterligare område där det behövs mer forskning är att studera närståendes upplevelser av då de är delaktiga i utförande av en patients egenvård. Genom att intervjua närstående kunde kunskapen och förståelsen för närståendes situation och insatser vid egenvårdsbehov ökas.

SAMMANFATTNING

Litteraturöversikten visar att patienter med hjärtsvikt behöver kunskap, utbildning och stöd för att kunna utföra sin egenvård. Resultatet visade flera faktorer som påverkar patienternas upplevelser av att utföra sin egenvård. Studien visade hur betydelsen av information, behov av stöd, erfarenheter av utmaningar och brist på information och utbildning är förknippat med egenvårdsprestanda. Resultatet ger framförallt ny insikt och kunskap om sjuksköterskans roll och ger förståelse för hur patienterna upplever att utföra egenvård. Det ger också en ökad insikt om vad sjuksköterskan kan bidra med genom sin kunskap för att patienten ska vara motiverad till att ta ansvar för sin egenvård och därmed kan sjuksköterskan förebygga sjukdom och främja hälsa.

REFERENSFÖRTECKNING

*artikel inkluderad i resultatet

* Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T., & Lie, I. (2020). Tools to Support Self-Care Monitoring at Home: Perspectives of Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8916.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17238916>

* Anderson, K. M., Awoke, M. S., Barish, R., Asano, R., & Yearwood, E. L. (2021). Patient Perspectives of a Heart Failure Action Plan: A qualitative Study. *Nursing Forum*, 56(3), 513–519. <https://doi.org/10.1111/nuf.12574>

Andersson, L., Eriksson, I., & Nordgren, L. (2012). Living with Heart Failure Without Realising: A Qualitative Patient Study. *British Journal of Community Nursing*, 17(12), 630–637. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2012.17.12.630>

* Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., Savarese, M., Lombardi, F., & Bosio, A. C. (2015). 'Engage me in Taking Care of my Heart': A Grounded Theory Study on Patient-Cardiologist Relationship in the Hospital Management of Heart Failure. *BMJ Open*, 5(3), e005582. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005582>

Björrvell, C., & Ekstrand, T. I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Ansvar och Utveckling* (2 uppl., s. 113–133). Lund: Studentlitteratur.

Botha, A. (2020). Care of Patients with Chronic Heart Failure: Registered Nurse` Role. *Professional Nursing Today*, 24(3), 5-10.

<https://esh.idm.oclc.org/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/care-patients-with-chronic-heart-failure/docview/2544478909/se-2>

* Clark, A. M., Freyberg, C. N., McAlister, F. A., Tsuyuki, R. T., Armstrong, P. W., & Strain, L. A. (2009). Patient and Informal Caregivers' Knowledge of

Heart Failure: Necessary but Insufficient for Effective Self-care. *European Journal of Heart Failure*, 11(6), 617–621. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfp058>

da Conceição, A. P., dos Santos, M. A., dos Santos, B., & da Cruz, D. (2015). Self-care in Heart Failure Patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 578–586. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>

Eldh, A. C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2006). The Meaning of Patient Participation for Patients and Nurses at a Nurse-led Clinic for Chronic Heart failure. *European journal of cardiovascular nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 5(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.06.002>

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

Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s. 47–77). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017a). Att göra litteraturoversikt. I F. Friberg (Red), *Dags för Uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 Uppl., s. 141–152). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under Examensarbetet. I F. Friberg (Red), *Dags för Uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 Uppl., s. 37–48). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017c). Att bidra till Evidensbaserad Omvårdnad med Grund i Analys av Kvalitativa Forskning. I F. Friberg (Red), *Dags för Uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 Uppl., s. 129–139). Lund: Studentlitteratur.

Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 Uppl., s. 361–385). Lund: Studentlitteratur

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 Uppl., s. (411–420). Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nursing. (2017). *ICN:s etiska kod för Sjuksköterskor*. Hämtad 21 september 2021 från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuusk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Jiang, Y., Koh, K., Ramachandran, H. J., Tay, Y. K., Wu, V. X., Shorey, S., & Wang, W. (2021). Patients' Experiences of a Nurse-Led, Home-Based Heart Failure Self-Management Program: Findings From a Qualitative Process Evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e28216. <https://doi.org/10.2196/28216>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 Uppl., s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.

* Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Living with and Dying from Advanced Heart Failure: Understanding the needs of older Patients at the end of Life. *BMC Geriatrics*, 15(125), 1–11. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1186/s12877-015-0124-y>

* Li, C.-C., Chang, S.-R., & Shun, S.-C. (2019). The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 509–519. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.14640>

* Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M. (2014). Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: a qualitative study. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 43(4), 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.008>

Malhotra, C., Cheng Sim Wong, G., Tan, B. C., Ng, C. S. H., Lee, N. C., Lau, C. S. L., ... & Finkelstein, E. A. (2016). Living with heart failure: perspectives of patients from

Singapore. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(2), 92-97. <https://doi.org/10.1177/2010105815624121>

* Myers, S. L., Siegel, E. O., Hyson, D. A., & Bidwell, J. T. (2020). A qualitative study exploring the perceptions and motivations of patients with heart failure who transitioned from non-adherence to adherence. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 49(6), 817–823. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.010>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 Uppl., s. 421–438). Lund: Studentlitteratur.

Nordfonn, O. K., Morken, I. M., & Lunde Husebø, A. M. (2020). A qualitative study of living with the burden from heart failure treatment: Exploring the patient capacity for self-care. *Nursing Open*, 7(3), 804–813. <https://doi.org/10.1002/nop2.455>

* Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., & Husebø, A. (2019). Patients' experience with heart failure treatment and self-care-A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1782–1793. <https://doi.org/10.1111/jocn.14799>

Petti, V. & Petti, K. (2010). *Norstedts första engelska ordbok: engelsk-svensk, svensk-engelsk: [33,000 ord och fraser]*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedt.

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

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga möjligheter och begränsningar: Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskapliga teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 Uppl., s. 25–42). Lund: Studentlitteratur.

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances In Nursing Science*, 35(3), 194–204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I A. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 Uppl., s. 375–389). Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. (Uppl.1). Lund: Studentlitteratur AB.

* Seah, A. C., Tan, K. K., Huang Gan, J. C., & Wang, W. (2016). Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. *Journal Of Transcultural Nursing: Official Journal of The Transcultural Nursing Society*, 27(4), 392–399. <https://doi.org/10.1177/1043659615573840>

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbeten I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 Uppl., s. 105–117). Lund: Studentlitteratur.

Sevilla-Cazes, J., Ahmad, F. S., Bowles, K. H., Jaskowiak, A., Gallagher, T., Goldberg, L. R., Kangovi, S., Alexander, M., Riegel, B., Barg, F. K., & Kimmel, S. E. (2018). Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: A Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal Of General Internal Medicine*, 33(10), 1700–1707. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4542-3>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterska*. Hämtad 9 september, 2021, från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Socialstyrelsens (2017). *Föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad 7 september, 2021, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/201737-om-ordination-och-hantering-av-lakemedel-i-halso--och-sjukvarden/>

- Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 7 september, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/harepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>
- Socialstyrelsen (2021a). *Samtalsstöd för patientsäkerhet: Patient delaktighet*. Hämtad 23 september, 2021, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsakerhet/patientens-delaktighet/>
- Socialstyrelsen (2021b). *Samtalsstöd för patientsäkerhet: Egenvård*. Hämtad 7 september, 2021, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvardskador/riskomraden/egenvard/>
- Strömberg, A. (2014). Cirkulation. I AK. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (2 uppl., s. 201–233). Lund: Studentlitteratur
- Toback, M., & Clark, N. (2017). Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemporary Nurse*, 53(1), 105–120. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1290537>
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- White-Williams, C., Rossi, L. P., Bittner, V. A., Driscoll, A., Durant, R. W., Granger, B. B., Graven, L. J., Kitko, L., Newlin, K., Shirey, M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Council on Epidemiology and Prevention (2020). Addressing Social Determinants of Health in the Care of Patients With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 141(22), e841–e863. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000767>
- World Health Organization WHO (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Hämtad 5 september, 2021, från https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1

Österberg, A, S. (2014). Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. I AK. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (2 Uppl., s. 688–702). Lund: Studentlitteratur

Östlundh, L. (2017). Informationssökning I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. Uppl., s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	valda artiklar
PubMed	((("Heart Failure"[Mesh]) OR ("heart failure")) AND ((self care) OR ("nursing models"))) AND ("experience"	259	2001– 2021 English	50	23	Barello, S 2015 Li, C.-C 2019 Nordfonn, O. K 2019 Walthall, H 2009
Cinahl Complete	(MH "Heart Failure +") OR "heart failure" AND (MH "Self Care") OR "self management" AND (MH "Patient Satisfaction") OR "patient experience"	52	2001 – 2021 English Peer reviewed	9	5	Anderson, K. M 2021 Clark, A 2009
Cinahl Complete	(MH "Heart Failure") OR "heart failure" AND (MH "Self Care") OR "nursing models" AND "experience"	106	2001-2021 English Peer reviewed	22	5	Klindtworth, K 2015. Seah, A. C. W 2016
PubMed	((("Self Care"[Mesh]) AND ("heart failure")) AND ("experiences")	52	2001 – 2021 English	11	9	Aamodt, I. T 2020. Lockhart, E 2014 Myers, S 2020

BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, Datainsamling, Analys)	Resultat
Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T., & Lie, I	Tools to Support Self-Care Monitoring at Home: Perspectives of Patients with Heart Failure	2020. Norway, International Journal of Environmental Research and Public Health	Att beskriva patienters upplevelser och deras prioritering av verktyg som kan stödja egenvårdsövervakning i hemmet.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 19 patienter deltog, medelålder 64 år, vuxna över 18. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: innehållsanalys med deduktivansats	Patienter med hjärtsvikt använde verktyg för att känna igen, identifiera och svara på hjärtsviktssymtom i hemmet som stödjer egenvården.
Anderson, K. M., Awoke, M. S., Barish, R., Asano, R., & Yearwood, E. L.	Patient perspectives of a heart failure action plan: A qualitative study	2021. USA, Nursing Forum	Att utforska patientperspektiv av en handlingsplan för patienter med hjärtsvikt samt informera om utvecklingen av handlingsplanen.	Metod: kvalitativ studie Urval: 14 patienter deltog, medelålder 65 år. Datainsamling: Individualiserad öppna frågor antingen med telefonkontakt eller personligkontakt Analys: innehållsanalys	Patienter med hjärtsvikt upplever att de har svårt att utvärdera sina symtom, förstå när de ska söka vård och utföra egenvård. Fem kategorier dök upp i studien. Förståelse av symtom och symtomens svårighetsgrad, hantering av symtom, utbildningsmöjligheter, förändringar och tillfredsställelse.

Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., Savarese, M., Lombardi, F., & Bosio, C.	Engage me in taking care of my heart': a grounded theory study on patient-cardiologist relationship in the hospital management of heart failure	2015. Italia, BMJ Open	Att identifiera egenskaperna för patientengagemang vid hjärtsvikt och förslag för orientering av kliniska möten.	Metod: kvalitativ studie Urval: 13 patienter deltog, medelålder 68 år. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Grundad teori.	Det visade sig att patienterna var med och tog hand om sin egenvårdshantering vid hjärtsvikt.
Clark, A., Freyberg, N., McAlister, F., Tsuyuki, R., Armstrong, P., & Strain, L.	Patient and informal caregiver knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care	2009.Canada, European Journal of Heart	Att undersöka de kontextuella och individuella faktorer som uppfattas av patienter och deras vårdgivare, när det gäller deras inverkan, vilja och kapacitet att utföra effektiv egenvård vid hjärtsvikt.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 42 patienter deltog, medelålder 76 år. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Tematisk analys	Kopplingen mellan kunskap om hjärtsvikt och egenvård var svag, vilket ledde till att alla patienterna upplevde allvarliga och påträngande hjärtsviktssymtom eftersom de hade brist på kunskap
Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N.	Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life	2015.Germany, BMC Geriatrics	Att förstå hur äldre patienter med avancerad hjärtsvikt uppfattar sin sjukdom samtidigt som identifiering av deras medicinska, psykosociala och informationsbehov tydliggöras under livets slutskede.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 25 patienter, medelålder 70 år. Datainsamling: Inspelade intervjuer. Analys: Grundad teori.	Egenvårdsbehovet och prioriteringarna hos äldre patienter med hjärtsvikt varierade beroende på deras sjukdomsstatus och individuella preferenser.

Li, C.-C., Chang, S.-R., & Shun, S.-C.	The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study	2019. Taiwan, Journal of Clinical Nursing	Att förstå egenvårdshanteringsprocessen bland patienter med kronisk hjärtsvikt	Metod: Kvalitativ studie med induktiv ansats Urval: 27 patienter, 20 år eller äldre. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer Analys: Innehållsanalys	Resultatet visade att sjukvårdspersonalen ägnar för lite tid för egenvård och mer tid istället för medicinskt samt att hitta ett sätt att leva med hjärtsvikt samt utföra egenvård.
Lockhart, E., Foreman, J., Mase, R., & Heisler, M.	Heart Failure Patients' Experiences of a Self-Management Peer Support Program: A Qualitative Study	2014. USA, Heart-Lung: The Journal of Critical Care	Att identifiera och utforska erfarenheter från patienters upplevelser av hjärtsvikt. I ett program med egenvård för framtida utveckling som motiverar patienter till att ägna sig åt självhantering.	Metod: Kvalitativ studie Urval: 28 patienter med hjärtsvikt, medelålder 72 år Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer Analys: Grundad teori.	Att ge användbara tjänster för patienter med hjärtsvikt att återställa förtroende och erbjuder praktiska lösningar vid egenvård.
Seah, A. C. W., Tan, K. K., Huang Gan, J. C., & Wang, W.	Experiences of Patients Living with Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study	2016. Singapore, Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of The Transcultural Nursing Society	Att undersöka erfarenheter, behov och hanteringsstrategier för patienter som lever med hjärtsvikt i Singapore.	Metod: kvalitativ studie Urval: 15 patienter, 21 år eller äldre. Datainsamling: Ansikte mot ansikte intervjuer utifrån en semistrukturerad intervju. Analys: Innehållsanalys	Patienterna upplevde begränsningar i egenvården vid hjärtsvikt. En del av patienterna visade acceptans för sin sjukdom medan resten upplevde utmaningar angående de fysiska begränsningar, med anledning av symtomen som uppstår vid hjärtsvikt

Myers, S. L., Siegel, E. O., Hyson, D. A., & Bidwell, J. T.	A qualitative study exploring the perceptions and motivations of patients with heart failure who transitioned from non-adherence to adherence	2020. USA, Heart & Lung: The Journal of Critical Care	Att utforska uppfattningar och motivationer för patienter med hjärtsvikt som efterlevde hjärtsviktsbehandlingsrekommendationer och egenvårdsrekommendationer efter att ha följt dem.	Metod: Kvalitative studie Urval: åtta deltagare rekryterades mellan 18 år eller äldre. Datainsamling: Semistrukturerad intervju Analys: Tematiska analys	Patienterna med hjärtsvikt förevisade förståelse för egenvård genom att föreslå mekanismer som kan förbättra befintliga egenvårdsinsatser och demonstrera klinikkens viktiga roll.
Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., & Husebø, A. M. L.	Patients' experience with heart failure treatment and self-care - A qualitative study exploring the burden of treatment	2019. Norway, Journal of Clinical Nursing	Att utforska patienters upplevelser av hjärtsvikt och deras uppfattningar om behandling och egenvård	Metod: kvalitativ deskriptiv design. Urval: 17 personer med hjärtsvikt, medelålder 65år. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer Analys: Innehållsanalys	Två huvudteman "emotionell utmaning" och "besvärlig egenvård" framkom ur analysen. Patienterna upplever utmaningar relaterade till både egenvård och känslomässig påfrestning under hjärtsviktsbehandling.