

Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning distriktssköterska, 75 hp



Distriktssköterskans strategier för att stärka egenvård hos personer med hjärtsvikt i hemmet.

En integrativ litteraturstudie.

Camilla Ahnfelt och Malena Wolmestam

Examensarbete inom omvårdnad - inriktning mot distriktssköterska 15.0 hp

Halmstad 2018-01-11

# **Distriktssköterskans strategier för att stärka egenvård hos personer med hjärtsvikt i hemmet**

En integrativ litteraturstudie

Författare: Camilla Ahnfelt  
Malena Wolmestam

Ämne Omvårdnad  
Högskolepoäng 15hp  
Stad och datum Halmstad 2017-12-15

<b>Titel</b>	Distriktssköterskans strategier för att stärka egenvården hos personer med hjärtsvikt.
<b>Författare</b>	Camilla Ahnfelt & Malena Wolmestam
<b>Sektion</b>	Akademien för hälsa och välfärd
<b>Handledare</b>	Ulrika Bergsten, klinisk lektor, Region Halland, Fil. Dr.
<b>Examinator</b>	Åsa Roxberg, Docent
<b>Tid</b>	Hösten 2017
<b>Sidantal</b>	16
<b>Nyckelord</b>	Hjärtsvikt, självhantering, omvårdnad och stöd.

## Sammanfattning

Den äldre befolkningen i Sverige ökar dramatiskt medan resurser minskar. Hjärtsvikt är en av Sveriges främsta folksjukdomar och en vanlig orsak till vårdkontakt och sjukhusvistelse för äldre personer. Symtom vid hjärtsvikt kan vara påfrestande och påverkar livskvaliteten negativt för både patienter och närstående. Många äldre personer med hjärtsvikt bor kvar hemma och är i behov av stöd för att kunna hantera sin sjukdom och minska återinläggningar. Syftet med litteraturstudien är att beskriva distriktssköterskans strategier för att stärka egenvård hos patienter med hjärtsvikt i hemsjukvård. Metoden är en integrativ litteraturstudie där 19 artiklar av både kvalitativa och kvantitativa metoder ingår. Resultatet visar på fyra kategorier som tar upp strategier vilka distriktssköterskan kan tillämpa för att stärka egenvården hos patienter med hjärtsvikt; grundläggande förutsättningar för distriktssköterskan, vikten av att utgå från patientens situation och behov, att arbeta med mål och uppföljning samt erbjuda utbildning och kunskap. De grundläggande förutsättningarna handlar främst om distriktssköterskans specialistutbildning och att erfarenhet har stor betydelse i arbetet med egenvård. Andra strategier som framkommer är att se varje individ, arbeta med delaktighet, involvera anhöriga och individanpassa utbildning samt följa upp. Det finns ingen generell strategi att stärka egenvården som fungerar på alla. Distriktssköterskans kompetens är nödvändig i arbetet med att ge individuellt stöd som stärker egenvård.

<b>Title</b>	District Nurse's supporting strategies to strengthen self-care in patients with heart failure.
<b>Author</b>	Camilla Ahnfelt & Malena Wolmestam
<b>Department</b>	School of Health and Welfare
<b>Supervisor</b>	Ulrika Bergsten, klinisk lektor, Region Halland, Fil. Dr.
<b>Examiner</b>	Åsa Roxberg, Professor
<b>Period</b>	Autumn 2017
<b>Pages</b>	16
<b>Key words</b>	Heart failure, self-management, nursing and support

## **Abstract**

The older population in Sweden increases dramatically while resources are decreasing. Heart failure is one of the most common diseases in Sweden which causes hospitalization for elderly people. Symptoms of heart failure can be stressful and affect the quality of life negatively for both patients and close relatives. A lot of old people with heart failure lives at home and need support to cope with their illness and reduce hospitalization. The aim of the literature study is to describe district nurses' strategies to strengthen self-care in patients with heart failure in home care. The method is an integrative literature study where 19 articles of both qualitative and quantitative methods are included. The results show four categories that address strategies district nurses can apply to strengthen self-care in patients with heart failure. These are essential conditions for district nurse, the importance of starting from the patient's situation and needs, to work with goals and follow-up as well as offer education and knowledge. The essential conditions are mainly that higher education and experience are of great importance in the work of self-care. Other strategies emerging is to see each individual person as unique, work with participation, involve relatives and individualized education as well as follow up. There is no general strategy to strengthen self-care that works for all. District Nurse skills are necessary in the work of providing individual support that strengthens self-care.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Egenvård .....	1
Hjärtsvikt .....	2
Distriktssköterskans roll i hemsjukvården .....	3
<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>4</b>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>5</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>5</b>
<b>Metod</b> .....	<b>5</b>
Design .....	5
Litteraturgenomgång .....	6
Dataanalys .....	8
<b>Etisk reflektion</b> .....	<b>8</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>9</b>
Distriktssköterskans grundläggande förutsättningar .....	9
Utgå från patientens behov och situation.....	10
Arbeta med mål och uppföljning .....	11
Erbjuda utbildning och kompetens .....	12
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>13</b>
Distriktssköterskans grundläggande förutsättningar .....	13
Utgå från patientens situation och behov .....	14
Att arbeta med mål och uppföljning .....	14
Erbjuda utbildning och kunskap .....	15
<b>Konklusion och implikation</b> .....	<b>16</b>

## Referenser

### Bilagor

Bilaga A: Sökhistorik och sökordsöversikt

Bilaga B: Avgränsningar per databas

Bilaga C: Artikelöversikt

## **Inledning**

I Sverige såväl som i många andra länder ökar antalet äldre personer. Ökningen är så dramatisk att den beskrivs som en tyst revolution (Harrefors, Sävenstedt & Axelsson, 2009). År 2020 beräknas antalet personer över 65 år vara 2,4 miljoner, (Statistiska centralbyrån, 2014). Antalet platser i slutenvården minskar och allt fler människor behöver hemsjukvård. Utvecklingen pekar mot att fler avancerade hälso-och sjukvårdsinsatser utförs i den enskildes hem eller på särskilt boende (Socialstyrelsen, 2008). Ett ökat antal åldrande personer väljer vårdalternativ som låter dem få vård i sitt eget hem, framför att vårdas på någon form av äldreboende (Smith & Barry, 2012). Forskning och medicinska nya kunskaper har gett möjligheter till att behandla sjukdomar och har medfört att befolkningen i Sverige och västvärlden blir allt äldre (Silva, Teixeira, Teixeira & Freitas, 2013). Denna omständighet ställer samhället inför en resurs- och kvalitetsutmaning beträffande omhändertagandet av de äldre som har sammansatta och omfattande vårdbehov.

Hjärtsvikt är en av de diagnoser som föranleder ökade sjukhusbesök och återinläggningar och som många av våra äldre patienter lider av. Diagnosen medför förutom personligt lidande även höga kostnader för samhället (Gheorghiu, & Barkley, 2017). Enligt Läkemiddelsverket, (2017) har cirka tio procent av personer över 80 år symtomgivande hjärtsvikt. Att kunna få vård och stöd i hemmet av kompetent personal är kostnadseffektivt då det minskar inläggningar på sjukhus (Sahlen, Boman och Brännström, 2016). Distriktssköterskan förväntas ha stor kunskap om allt från medicinsk behandling till kunskap om människors beteende (Heycock-Stuart, Jarvis & Daniel, 2008). Enligt Harrefors et al. (2009) har distriktssköterskan ett stort ansvar i att, utifrån en helhetssyn på hälsa och sjukdom, stödja, möta, råda och vårda den äldre patienten. Målsättningen för hälso- och sjukvården är att patienten ska vara delaktig som medproducent till sin egen hälsoutveckling. Förhållningssättet bör fokusera på att ta tillvara och stärka patientens egna resurser och upplevelse av hälsa, (Socialstyrelsen, 2015).

## **Bakgrund**

### **Egenvård**

Egenvård utförs dagligen och används i såväl friska som sjuka tillstånd. När någon blir sjuk är egenvården oftast högt prioriterad och för att nå en god egenvård kan olika individanpassade strategier användas (Riegel, Jaarsma & Strömberg, 2012). För patienter som har diagnosen hjärtsvikt och som samtidigt bor kvar hemma krävs ett ökat stöd från distriktssköterskan både för dem själva och för deras anhöriga enligt Söderberg, Karlsson och Löfvenmark (2015). Stödet gällande patientens egenvård kring sin sjukdom och dess symtom kan handla om kunskap och handledning i farmakologiska och icke-farmakologiska tillämpningar. Avsikten är ett ökat välbefinnande samt att förebygga ohälsa som kan ge ogynnsamma effekter på den redan multisjuka personen med hjärtsvikt (Söderberg et al., 2015). Viktiga begrepp i

sammanhanget är *egenvård* (self-care), *självhantering* (self-management), *tilltro till sin egen förmåga* (self-efficacy) samt *delaktighet*. Dessa förhållningssätt har en grundläggande påverkan för utgången av egenvårdsutförandet eftersom de syftar till att göra patienterna mer engagerade i sin egenvård (Eldh, 2009). Self-management är nödvändigt för patienten då denne är i behov av att förstå om symtom vid ett sjukdomstillstånd kräver en åtgärd. Enligt Bandura (1977) är self-efficacy individens egen tilltro till att utföra en specifik handling i en särskild situation. Dessutom anser Riegel et al. (2012) att en patient själv skall kunna avgöra om denne är i behov av att söka vård. Delaktighet är en av sjukvårdens allra viktigaste uppgifter, det vill säga att arbeta för att främja patientens medverkan i sin egen vård (Costello & Boblin, 2014). Förutsättningar distriktssköterskan besitter för att kunna göra patienten delaktig i vården kan vara lyhördhet, kompetens, förmåga att förmedla kunskap och förmåga till kommunikation (Boyne, Vrijhoef, Spreuwemberg, De Weerd, Kraagten et al., 2014). Genom patientens delaktighet och berättelse tillsammans med nödvändiga undersökningar utformas en hälsoplan med individanpassade mål för patienten. Att utforma vården i samråd med patienten, där integritet och självbestämmande respekteras, är grunden för delaktighet och syftar till att utforma vården efter patientens önskemål (SFS 2014:821).

Egenvård kan innebära att en person på egen hand eller med hjälp av någon annan kan utföra vissa uppgifter i behandlingen som att ta sina ordinerade läkemedel, kontrollera symtom som viktuppgång genom att väga sig dagligen, uppmärksamma svullnad i extremiteter (ödem) samt notera ökad andfåddhet. Livsstilsförändringar som regelbunden fysisk aktivitet, rökstopp och minskad alkoholkonsumtion kan också ses som egenvård (Strömberg, 2014). Genom att distriktssköterskan har ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv bör undervisning ske utifrån patientens situation och förutsättningar för att nå syftet med egenvården. Det kan vara att upptäcka och hantera tidiga tecken på ohälsa för att undvika sjukhusbesök (Lainscak, Blue, Clark, Dahlström, Dickstein, Ekman & Jaarsma, 2011).

## **Hjärtsvikt**

Hjärtsvikt är flera symtom som orsakas av underliggande hjärtsjukdom. Detta innebär att patienten först har insjuknat i en patologisk belastning som till exempel hjärtinfarkt eller långvarigt högt blodtryck. Hjärtats normala pumpförmåga rubbas och hjärtats funktion blir nedsatt. Hjärtat sviktar och kroppens övriga organ får inte tillräckligt med genomblödning då hjärtat inte orkar pumpa den mängd blod per tidsenhet som ett friskt hjärta klarar. Detta resulterar i att kroppen uppvisar ett flertal olika symtom och tecken som är ogynnsamma för personen (Ericson & Ericson, 2012). De symtom som hjärtsvikt uppvisar är andningspåverkan, ödem och fatigue (Ponikowski, Voors, Anker, Bueno, Cleland et al., 2016). Riskfaktorer som kan bidra till hjärtsvikt är ålderdom, ärftlighet, rökning och hypertoni (Ericson & Ericson, 2012; Ponikowski et al., 2016; McMurray, Adamopoulos, Anke, Auricchio Böhm et al., 2012).

För att fastställa vilken grad av hjärtsvikt patienten har kan en funktionsbedömning göras, som har betydelse för den medicinska behandlingen och prognosen framöver. New York Heart Association (NYHA) används för att klassificera patientens symtom. Denna skala delas in i fyra olika så kallade funktionsklasser där klass I definieras som total symtomfrihet med ingen begränsning av patientens fysiska aktivitet. Klass II kännetecknas av inga besvär i vila eller vid lätt till måttlig fysisk ansträngning men ger symtom vid ansträngning som trappgång och löpning. Vid klass III upplever patienten inga besvär i vila men symtomen kommer fortare vid lätt till måttlig ansträngning och vid enkla vardagssysslor som påklädning och lättsam promenad. Klass IV innebär att patienten lever med påtagliga symtom hela dygnet, patienten är oftast sängbunden på grund av orkeslöshet och dyspné (McMurray et al., 2012).

Hjärtsvikt är en av de diagnoser som föranleder ökade sjukhusbesök och återinläggningar och som många av våra äldre patienter lider av. Diagnosen medför höga kostnader för samhället (Gheorghiu, & Barkley, 2017). Enligt Läkemedelsverket, (2017) har cirka tio procent av personer över 80 år symtomgivande hjärtsvikt. Då är distriktssköterskans arbete i hemsjukvården av stor betydelse och patienter kan få stöd i att känna igen och tolka symtom samt få hjälp med egenvårdsstrategier för att lindra besvärande symtom (Reeder, Ercole, Peek & Smith, 2015). De personer som denna studie avser är personer med hjärtsvikt och kommer hädanefter i denna litteraturstudie benämnas patienter.

### **Distriktssköterskans roll i hemsjukvården**

Hemsjukvård är den vård som bedrivs i hemmet då en patient med ett vårdbehov har svårigheter att ta sig till en vårdcentral eller sjukhus för att få sitt sjukvårdsbehov tillgodosett. Det kan antingen vara patienten själv, närstående, kommunen eller primärvården som ser behov och tar kontakt med hemsjukvården. Information kan även komma från sjukhus i samband med en vårdplanering. Efter ädelreformen 1992 fick kommunerna ett samlat ansvar för både vård, omsorg och hälso- och sjukvård för de äldre (Socialstyrelsen 1996). Det innebär att det är olika hur hemsjukvård är uppbyggt beroende på vilken kommun patienten bor i. Fler patienter vårdas i hemmen i dag jämfört med tidigare då platserna inom slutenvården blir allt färre samt att populationen äldre blir allt fler. Stora krav ställs på samordning av olika vårdinstanser för att upprätthålla en god och säker vård för patienten där även patientens delaktighet och autonomi tillvaratas. Kraven ökar på hemsjukvården i och med att patienter i slutenvården tidigare än innan bedömts som utskrivningsklara. Detta leder till att allt fler kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser i större utsträckning utförs i den primärvårdsanslutna hemsjukvården (Socialstyrelsen, 2008). Att kunna få vård och stöd i hemmet av kompetent personal minskar antalet inläggningar på sjukhus (Sahlen et al., 2016). I en pilotstudie av Harshida, Shafazand, Ekman, Höjgård, Swedberg et al. (2008) finns resultat som tyder på att vård som ges i hemmet, hos patienter med hjärtsvikt, kan vara av lika god kvalitet som på sjukhus och ge samma resultat men är mer kostnadseffektiv.



Distriktssköterska är en akademisk profession. Denna profession förekommer i många olika verksamhetsområden och vårdformer bland annat inom primärvård och hemsjukvård. I denna litteraturstudie kommer distriktssköterskans arbete i hemsjukvård att belysas. Distriktssköterskans arbete är skiftande och handlar delvis om att ta ansvar för att leda, samordna och utveckla omvårdnaden för patienten och att utföra konkreta vårdåtgärder efter individuella behov (Gunnarsson, Gusdal, Jarl, Johansson, Rising et al. 2008). Arbetet ska utföras efter gällande författningar och riktlinjer, bygga på respekt, integritet och autonomi för patientens skiftande situation. Distriktssköterskans arbete skall bygga på ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt. Att arbeta i någons hem kräver balans mellan distans och närhet. För att kunna utföra ett bra arbete, arbeta självständigt med god vårdkvalitet är kompetens och erfarenhet av yrket av stor betydelse (Gunnarsson et al., 2008). Distriktssköterskan ska även kunna informera och undervisa patienter eller närstående när det behövs, (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, Socialstyrelsen, 2005). Kompetenskraven har successivt ökat då hemsjukvård blivit mer avancerad. För att distriktssköterskan skall kunna hantera de ökande kraven att fortsätta arbeta hälsofrämjande krävs mer tid och resurser (Brobeck, Odenchants, Bergh & Hildingh, 2013).

## **Teoretisk referensram**

Den teoretiska referensramen utgår från Joyce Travelbees (2001) omvårdnadsteori kring begreppen kommunikation och de mellanmännsliga relationerna. Teorin baseras på att människan är unik och att sjuksköterskans skall använda sig själv som verktyg i den mellanmännsliga relationen där kommunikationen är en väsentlig del för att lyckas. Enligt Travelbee (2001) byggs den mellanmännsliga relationen upp stegvis genom fem faser där första fasen innebär att sjuksköterskan gör en första bedömning av patienten. Under andra fasen växer patienten och sjuksköterskans identiteter och personligheter fram. Vidare i tredje fasen kan en önskan om förståelse och empati utvecklas dem emellan och i den fjärde fasen bygger den empatiska processen vidare på medkänsla och en genuin önskan om att lindra lidande. Vid den femte och sista fasen fullbordas relationen med känslor av ömsesidig förståelse och kontakt.

Travelbees (2001) teori räknas till en interaktionsteori eftersom hon anser att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är grundläggande för god vård. Interaktionsteorier hävdar att människan tillskriver händelser och situationer en mening och att människans uppfattning och upplevelse är utgångspunkten för reaktioner och beteenden. Inom interaktionsteorierna är självbild och roll centrala begrepp. Människan är enligt Travelbee, (2001) en unik person som är oersättlig. Självbilden handlar om tankar och känslor om den egna personen ”vem är jag?, vilket värde har jag?”. Alla människor ska ses som likvärdiga, varje patient ses som en människa och inte som något sjukt. Både kulturen och familjen är betydelsefulla och påverkar hur vi uppfattar lidande och sjukdom. Varje enskild individs hälsa är subjektiv, att uppleva hälsa eller ohälsa är unikt för varje person. I omvårdnaden kan

människan bli hjälpt att finna en mening i sin situation och därmed kunna få stöd att förebygga sjukdom och främja hälsa. Travelbee, (2001) menar att hoppet har stor betydelse för hur man hanterar sitt lidande, om man förlorat hoppet tappar man tron på att man ska bli bättre.

## **Problemformulering**

I och med att allt fler människor blir äldre drabbas också fler av olika sjukdomar, däribland hjärtsvikt. I samma takt som antalet äldre personer med hjärtsvikt ökar minskar också samhällets resurser. Patienter med hjärtsvikt kan därför i framtiden inte räkna med att kunna få den vård eller det stöd från sluten vården som de kan komma att behöva. För att patienten ska få ökad kunskap att känna igen besvärande symtom samt få kontroll över sin hälsa behöver distriktssköterskan i hemsjukvården utöva strategier som stärker egenvården.

## **Syfte**

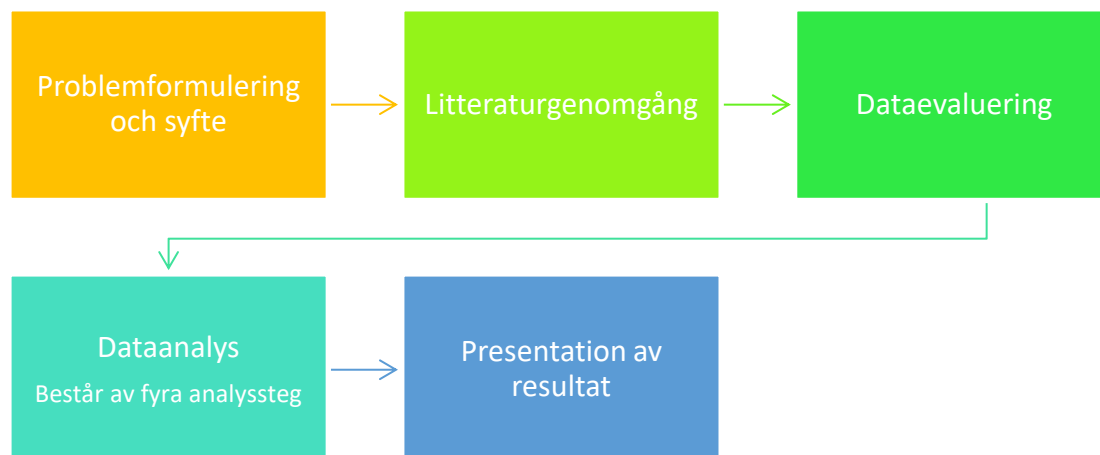
Syftet med litteraturstudien är att beskriva distriktssköterskans strategier för att stärka egenvård hos patienter med hjärtsvikt i hemsjukvård.

## **Metod**

### **Design**

Syftet med studien var att ta reda på befintlig forskning om vilka strategier distriktssköterskan i hemsjukvården kan tillämpa för att stärka egenvården hos personer med hjärtsvikt. Författarna till detta arbete arbetar som sjuksköterskor i hemsjukvård och prehospitalvård. Då patienter med hjärtsvikt är ofta förekommande i inom dessa områden ses ett behov av förbättrad egenvård. Författarna är medvetna om att en förförståelse för ämnet finns. Vi har försökt lägga vår förförståelse åt sidan och gå in med öppenhet för vad som kan framträda ur analysen för att inte riskera att påverka resultatet. Metoden som använts var en integrativ litteraturstudie vilket gav möjlighet att inkludera vetenskapliga artiklar som var både kvalitativa och kvantitativa. Tillvägagångssättet följde fem steg i enlighet med Whitemore och Knafles (2005) arbetsprocess där första steget innebar en formulering av syfte och problem. Steg två innebar en uttömmande litteratursökning som gjordes med hjälp av valda nyckelord i ett antal aktuella databaser. Vidare omfattade steg tre en dataevaluering där artiklar lästes för att finna studier som svarade mot syftet. Vidare omfattade steg tre en dataevaluering där artiklar lästes för att finna studier som svarade mot syftet. Det fjärde steget innebar att en analys gjordes av de funna artiklarna där analyssteget bestod av fyra delar. Data extraherades ur resultatartiklarna vilken sedan studerades för att finna gemensamma nämnare. Därefter jämfördes data utifrån likheter och mönster samt hur de förhöll sig till varandra. Sista delen i dataanalysen bestod av att verifiera slutsatser och skillnader samt återknyta till primärkällan för att bekräfta att resultatet stämde överens med ursprunget. Steg fem i

arbetsprocessen bestod av själva presentationen av resultatet.



Figur 1. Arbetsprocess enligt Whittmore & Knafels, (2005).

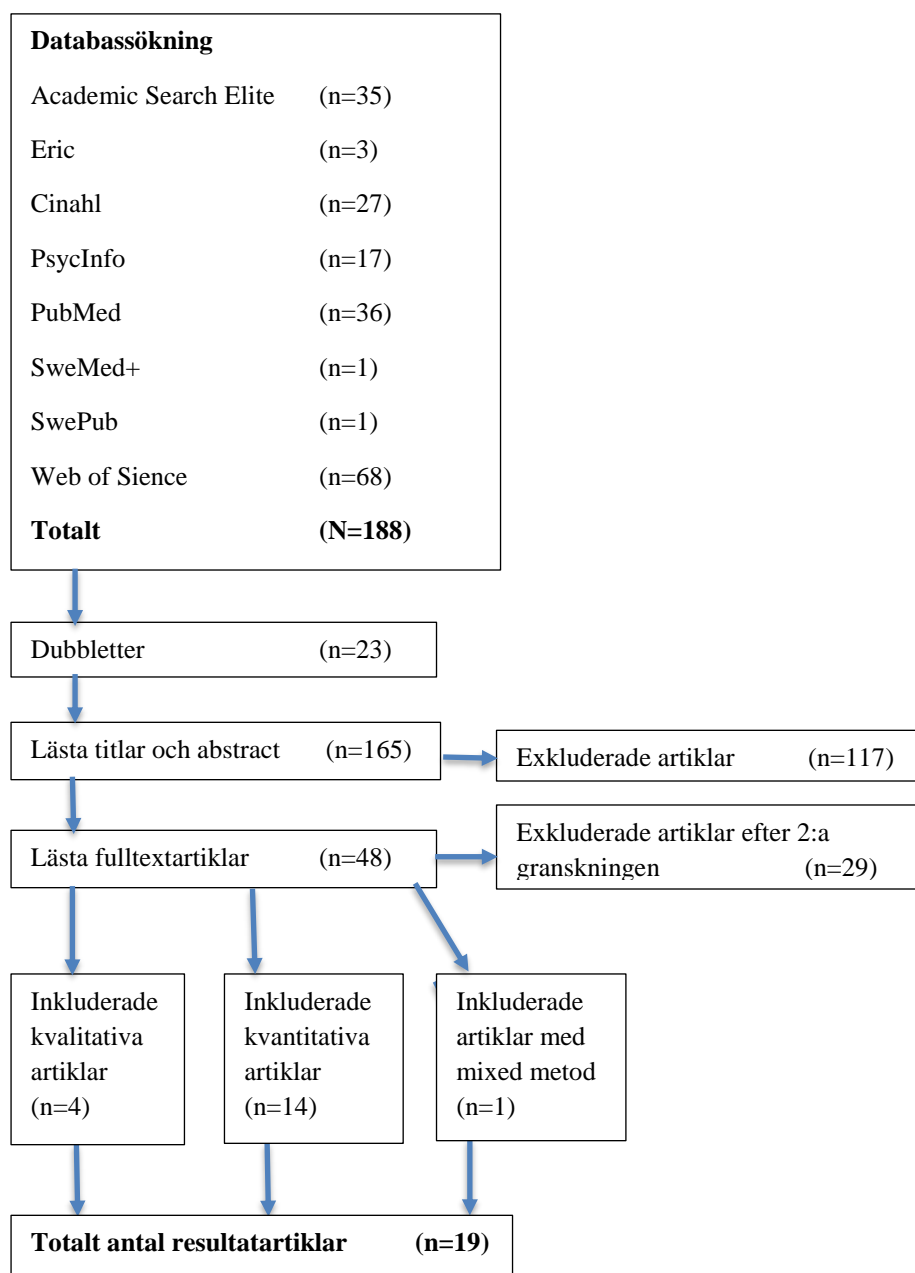
### Litteraturgenomgång

Arbetsprocessen startade med ostrukturerade sökningar i databaserna PubMed och Cinahl (Cumulative Index Nursing & Allied Health) för att söka relevanta nyckelord som svarade mot syftet (Whittmore & Knafelz, 2005). Dessa databaser valdes då de innehåller ett stort antal artiklar inom områdena medicin, omvårdnad och hälsa. Databassökningarna gjordes under oktober 2017. Följande sökord valdes ut; *heart failure, self management, nursing, och support*. I Cinahl användes headings med samma sökord, men ordet *support* valdes bort då det endast gav fyra träffar vilka återfanns i den tidigare sökningen. För att söka av ett större område gjordes även sökningar i databaserna Academic search Elite, Eric, PsycInfo, SweMed+, SwePub samt Web of Science vilka har en koppling till ämnen som pedagogik, utbildning, psykiatri, management och socialt arbete samt omvårdnad, medicin och hälsa. Som boolesk operator har AND använts i samtliga databaser. Trunkeringar användes inte i någon av sökningarna. En översikt över sökorden och hur de använts i de olika databaserna går att se i Sökhistorik, tabell 1, bilaga A.

Avgränsningar som valdes var vetenskapliga artiklar med free fulltext och som hade tillgängligt abstract, för övriga avgränsningar se tabell 3, bilaga B. För att få ett lämpligt antal artiklar valdes att artiklarna som söktes skulle vara publicerade mellan 2010-01-01 till 2017-12-31. Inga övriga exklusionskriterier har använts.

Databassökningarna resulterade i 188 artiklar där framförallt titlar lästes men ibland även abstracts då enbart titlarna inte gav tillräcklig information. 117 artiklar valdes bort vilka var reviewartiklar, dubletter eller inte svarade mot syftet. De 48 kvarvarande artiklarna lästes mer noggrant och ytterligare 29 valdes bort då de handlade om kostnadseffektivitet, anhörig- och patientperspektiv, utvärderingar av

olika test samt att de inte var applicerbara på svenska förhållanden eller behövde beställas. Totalt antal resultatartiklar blev 19 varav fyra är kvalitativa, 14 är kvantitativa och en är en så kallad mixad metod. Artiklarna är från Sverige, USA, Skottland, Japan, Thailand, Taiwan och Nederländerna, där artiklar från USA är överrepresenterade. I enlighet med Whitemore & Knafl (2005) rekommenderas att genomföra sökningar i andra artiklars referenslistor för att hitta fler aktuella artiklar som svarar mot syftet. Då antalet redan funna artiklar upplevdes hanterbart i relation till den tid som fanns till förfogande till att genomföra arbetet, valdes att inte göra denna sekundärsökning.



Figur 2. Flödesschema.

## Dataevaluering

Kvalitetsgranskningen genomfördes med hjälp av SBU's (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) granskningsmallar för både kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar. Granskningen skall visa om artiklarna har låg, medel eller hög vetenskaplig kvalitet, bland annat genom att utvärdera om det finns ett välformulerat syfte, hur urvalet är inhämtat, om det är representativt, presenterat med noggrannhet samt huruvida datainsamlingen och dataanalysen är väl redovisad. Analysprocess och tolkning av resultatet skall vara lätt att förstå som läsare (SBU, 2014). De kvantitativa artiklarna granskades via "Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier" och de kvalitativa artiklarna via "Mall för kvalitetsgranskning av diagnostiska studier (QUADAS)". Artikeln med mixed metod granskades via båda tidigare nämnda mallar.

## Dataanalys

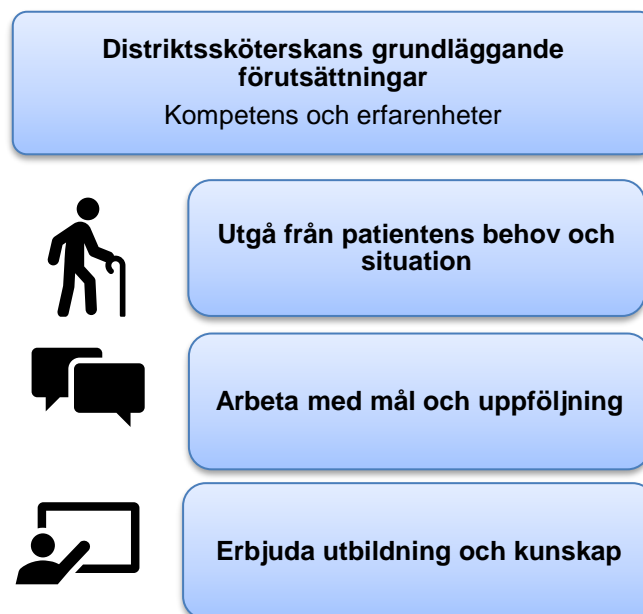
Det insamlade materialet från litteratursökningen har följt Whitemore & Knalfs (2005) analysprocess där det första steget innebar att alla resultatartiklar lästes igenom individuellt och tillsammans upprepade gånger för att få en grundlig förståelse för helheten i varje studie. De väsentligaste aspekterna av resultatet i varje studie, som motsvarade syftet, extraherades och antecknades på post-it lappar. Varje artikel genererade ett flertal post-it lappar med olika ämnen och begrepp. Gemensamma nämnare söktes mellan de olika ämnena och begreppen och fördes samman i nya grupperingar. Processen fortsatte med jämförelser av grupperna för att finna likheter och mönster. Fyra kategorier blev tydliga vilka presenteras i figur 3.

## Etisk reflektion

All omvårdnadsforskning lyder under etiska normer och vid forskning bör god forskningsed beaktas. Endast artiklar som är godkända av en etisk kommitté används i denna litteraturstudie. I det etiska övervägandet har detta arbete till syfte att följa Helsingforsdeklarationens forskningsetiska rekommendationer (Helsingforsdeklarationen, 2008). Texterna i de engelska artiklarna har översatts så noggrant som möjligt för att inte ändra på innehållet. Författarna för detta arbete har strävat efter att vara objektiva under processens gång vad gäller granskning och bearbetning av artiklarna som presenteras i resultatet. Då materialet som redovisas kommer från redan publicerat material bör det inte finnas någon risk att någon kommer till skada. Nyttan med litteraturstudien skulle kunna vara att ge distriktsköterskan möjlighet att få patienter med hjärtsvikt att ta större ansvar för sin egenvård vilket kan öka livskvalitén och minska samhällets kostnader i form av färre återinläggningar. Allt material som svarar mot syftet till litteraturstudien kommer att redovisas (Whitemore & Knafel, 2005).

## Resultat

I litteraturstudien ingick fyra kvalitativa och 14 kvantitativa artiklar samt en artikel med mixed metod. I resultatet framkom en huvudkategori som beskriver distriktssköterskans grundläggande förutsättningar såsom kompetens, erfarenhet, förmåga till bemötande samt förståelse för patienten. Förutsättningarna beskriver förmågor men även organisatoriska förutsättningar distriktssköterskan bör ha för att kunna utföra stödande strategier i det hälsofrämjande arbetet med att stärka egenvård. Vidare utkristalliserades tre underkategorier som handlade om strategier som handlar om vikten av att ta hänsyn till patientens behov och situation, vikten av att arbeta med målsättning och uppföljning samt erbjuda utbildning och kunskap.



Figur 3. Huvudkategori och underkategorier.

### Distriktssköterskans grundläggande förutsättningar

Det är avgörande att distriktssköterskan har erfarenheter och kunskaper i att ha insikt i patientens värld för att därigenom kunna bemöta både patient och dennes familj (Gusdal, Josefsson, Adolfsson & Martin, 2017; Chen, Yehle, Albert, Ferraro, Mason, et al., 2014; Fairbrother, Ure, Hanley, McCloughan, Denvir, Sheikh et al., 2013; Flatley Brennan, Casper, Burke, Johnson, Brown et al., 2010; Duncan, Pozehl, Hertzog & Norman 2014). Att sjuksköterskan över lag hade en specialistutbildning påverkade sjuksköterskans förmåga till engagemang och förmåga att förmedla kunskap (Smith, Piamkaroyakul, Wick, Spertus, Russel et al., 2014; Gusdal et al., 2017; Masterson Creber, Patsey, Lee, Kuan, Jurgens et al., 2016; Smeulders, van

Haastregt, Ambergen, Uszko-Lencer, Janssen-Boyne et al., 2010). Sjuksköterskors inställning till att involvera familjen i omvårdnaden var genomgående positiva och sjuksköterskor som vidareutbildade sig till distriktssköterskor hade den mest positiva inställningen till att se familjen som en resurs (Gusdal et al., 2017). Vidare visar Gusdal et al. (2017) att yngre kollegor stötte på svårigheter i mötet med närstående på grund av deras brist på erfarenhet och kunde därför behöva stöd av mer erfarna kollegor i form av ett mentorskap för att åstadkomma den bästa vården för patient och närstående. Vikten av distriktssköterskans utbildning, arbetslivserfarenhet och arbetsplats visade sig ha betydelse i hur man tog sig an möjligheten till att involvera både patient och familj i vårdandet. I en studie av Fairbrother et al. (2013) upplevde viss personal att de saknade adekvat utbildning för att kunna stödja patienter till självhantering. Näsström, Idvall & Strömberg (2013); Smeulders et al. (2010) menar vidare att hinder för medverkan till egenvård kunde bero på organisationens utformning, brist på kontinuitet bland personalen samt framför allt brist på förtroende för personalen vilket medförde en känsla av otrygghet hos patienten. Tillgänglighet visade på ökad trygghet och livskvalité vilket var beroende av att det var viktigt för patienten att kunna nå kompetent personal när behov uppstod (Piamjariyakul, Smith, Werkowitch & Elyachar, 2010).

### **Utgå från patientens behov och situation**

Patienters behov av bekräftelse i sin uppfattning av sitt hälsotillstånd, kunde tillgodoses genom dialog med sjuksköterskan då det var viktigt för patienten att få insikt i sin situation (Näsström et al. 2013; Otsu & Moriyama, 2011, Piamjariyakul et al., 2010, Young, Barnason & Kupzyk, 2016). Vidare ansåg Otsu & Moriyama, (2011) att det inte hade någon betydelse hur gammal patienten var för att kunna öka sitt ansvar av egenvård. För att upprätthålla och bevara beteendeförändringar var det av betydelse att patienten hade ett gott självförtroende i att utföra egenvård (Clarke, McDougall, Riegel, Joiner-Rogers, Innerarity et al. 2015). Enligt Fairbrother et al. (2013), kunde självförtroende att utöva egenvård öka om stöd från vårdpersonal gavs under längre tid. Vidare är det enligt Young et al. (2016) avgörande att patienten var aktiv och deltagande och först då kunde tilltron till den egna förmågan bidra till självhantering. Flera studier visade på att patientens möjlighet till delaktighet hade betydelse för utkomsten av olika interventioner (Dracup, Moser, Pelter, Nesbitt, Southard, Paul et al. 2014; Fairbrother et al. 2013). *“I felt quite happy to be involved... instead of just being a vegetable that sat back and swallowed things, (patient #24: female, 79 years)”*, (Fairbrother et al. 2013, p. 136). Patienter som såg sig själva som ansvariga för att hantera sin sjukdom visade bättre förmåga till självhantering enligt en studie av Audulv, Asplund & Norbergh (2010). Dock visade det sig att patienter som litade till att sjukvården ansvarade för hur de mårde saknade adekvat förmåga till självhantering kände oro över att det förväntas av dem att vara mer ansvarstagande (Audulv et al., 2010; Fairbrother et al., 2013).

*...it encourages more of the sick dependency role... I don't think it's something that you would want to continue for years in a stable patient. I think there are patients who benefit from it for a short period of time, but then you hope that they'll check their own weight, be aware of their symptoms, whereas the machine tends to do that for them... (Professionals #3) (Fairbrother et al. 2013).*

Patienter som dagligen lever med hjärtsvikt är i behov av stöd och hjälp av sin familj för självhantering i det egna hemmet anser Dunbar, Reilly, Gary, Higgins, Culler et al. (2015); Piamjariyakul et al. (2010); Srisuk, Cameron, Ski & Thompson (2016). Det är viktigt att anhöriga engagerar sig och skaffar kunskap om hjärtsvikt för att kunna vara ett stöd och assistera patienten i sin självhantering av sjukdomen enligt Piamjariyakul et al. (2010). Trots stöd av anhöriga var det viktigt att träffa andra patienter med samma sjukdom för att kunna dela med sig av sina erfarenheter av egenvård för att stärka självförtroendet och öka livskvaliteten (Piamjariyakul et al. (2010); Smuelders et al., (2010). Umgänge med andra patienter med samma diagnos gav även känsla av hopp och möjlighet till att lära av varandra (Evangelista, Lee, Moore, Motie, Ghasezadeh et al., 2015; Smith et al., 2014; Gusdal et al., 2017).

### **Arbeta med mål och uppföljning**

Att patienterna själva fick definiera och sätta egna mål med hjälp av sjuksköterska, hade stor betydelse för förmågan att tro på sig själv att utföra en handling samt vidmakthålla egenvård enligt Masterson Creber et al. (2016); Dunbar et al. (2015); Duncan et al. (2014); Smuelders et al. (2010); Otsu och Moriyama, (2011); Piamjariyakul et al. (2010). Motiverande samtal (MI) i vilka målsättning är en viktig utgångspunkt, har visat sig vara en framgångsrik metod i arbetet med att få patienterna att upprätthålla självhantering enligt Masterson Creber et al. (2016), Otsu och Moriyama, (2011).

Möjligheten att som patient själv mäta och följa upp sina värden i hemmet med hjälp och stöd av professionell personal upplevdes som positivt och gav ökade kunskaper samt en känsla av kontroll enligt Dracup et al. (2014); Evangelista et al. (2015); Fairbrother et al. (2013). Vidare fick patienterna insikt i vilka symtom som påverkade deras hälsosituation negativt (Shao, Chang, Edwards, Shyu, & Chen, 2013); Masterson Creber et al. 2016; Fairbrother et al. 2013; Dracup et al. 2014). Trots känslan av ökad kontroll motiverades inte alla patienter till ökad självhantering (Fairbrother et al., 2013). Dock uppfattade både personal och patienter att övervakning av mätvärden via telemonitorering inte gav möjlighet till dialog mellan parterna annat än att personal mottog mätvärden från patienten (Fairbrother et al., 2013). Det är betydelsefullt att distriktssköterskan har förmåga att se varje patient och ge ett individuellt bemötande vilket kan riskeras när fokus ligger på att mäta och kontrollera värden (Fairbrother et al., 2013). Kontinuerlig uppföljning av sjuksköterska visade på ökad tilltro till egen förmåga samt förbättrad följsamhet av



olika interventioner över tid såsom fysisk aktivitet (Dracup et al., 2014; Dunbar et al., 2015; Duncan et al., 2014; Fairbrother et al., 2013; Masterson Creber et al., 2016; Smith et al., 2014).

### **Erbjuda utbildning och kompetens**

Att anpassa patientundervisningen utifrån patientens behov, situation och funderingar har visat sig vara av stor vikt för att förbättra patientens egenvård (Piamjariyakul et al., 2010; Shao et al., 2013; Näsström et al., 2013). Vidare är det av vikt att som distriktssköterska vara medveten om de olika behoven då graden av hjärtsvikt styr hur mycket undervisning som krävs. Ju svårare hjärtsvikt patienterna hade, desto större behov av information och utbildning om sin sjukdom hade de för att få en ökad förståelse till varför det fanns ett samband mellan ökad vikt, dyspné och underbensödem (Piamjariyakul et al., 2010; Shao et al., 2013; Otsu & Moriyama, 2011). Att kontinuerligt få information och råd samt kunna ha dialog med vårdpersonal ökar patientens deltagande i egenvård i samband med hjärtsvikt.

Bristfällig information riskerar att patienterna utvecklar egna strategier för egenvård, eller att de inte alls utför egenvård då de känner sig övergivna (Dracup et al., 2014; Dunbar et al., 2015). Att patienten har en hög grundutbildning, kunskap och därmed en god hälsolitteracitet påverkar inte att patienten har ökad förmåga till egenvård och självhantering enligt Chen et al. (2014); Dracup et al. (2014). En metod som visat på goda resultat och ökad tilltro till egen förmåga i flera studier är Teach back-tekniken. Den innebär att patienter eller anhöriga får repetera den information de får från sjuksköterskan. Repetitionerna säkerställer även för sjuksköterskan att patienten har tagit till sig och fått förståelse för den kunskap de behöver (Dracup et al., 2014; Piamjariyakul et al., 2010; Srisuk et al., 2017). Även i en intervention presenterad av Otsu och Moriyama, (2011) är repetition av kunskap en viktig del i inlärningsprocessen.

### **Metoddiskussion**

Som metodval till denna studie valdes att göra en integrativ litteraturstudie enligt Whittemore & Knafl (2005). Det gavs möjlighet att inkludera både kvalitativa och kvantitativa artiklar till litteratursammanställningen. Metodvalet ansågs bra då det gav möjlighet att studera empirisk forskning tillsammans med teoretisk. Det gav en fyllighet i resultatet eftersom patienters och sjuksköterskors upplevelser var av betydelse. Metodens arbetsprocess följdes stegvis för att undvika feltolkning av resultatet. Genom denna följsamhet borde författarnas förförståelse minska risken för att resultatet blir missriktat. Därför kan resultatet anses vara trovärdigt. I enlighet med Whittemore och Knafls (2005) arbetsprocess har sökning gjorts i flera olika databaser inom angränsande ämnen till medicin och omvårdnad, såsom pedagogik och socialt arbete. För att få en sökning med så hög träffsäkerhet som möjligt i de olika databaserna valdes att endast använda den booleska operatören AND. Det finns en risk att relevant litteratur gått förlorad med en sådan sökning men eftersom det finns ett så stort antal av vetenskapliga artiklar i ämnet bedömdes att en smal sökning med hög

träffsäkerhet ändå skulle kunna ge ett tillräckligt antal relevanta artiklar som på ett rättvist sätt kommer representera vad som finns studerat. En utmaning under arbetet var att hitta rätt sökord på engelska som motsvarade de svenska sökorden på ett ändamålsenligt sätt. Medvetenhet finns att om det funnits en annan sökkombination, inklusionskriterier och sökord skulle det troligtvis ha föranlett ett annat utfall av artiklar som kunde ha påverkat resultatet. Trots att litteraturstudien tar upp strategier för distriktssköterskan i hemsjukvård, valdes att inte använda sökordet *hemsjukvård* då det begränsade sökningarna. Urvalet till studierna var ofta hämtade från olika hjärkliniker vilket gjorde att flera relevanta studier om strategier som kan främja egenvård gick förlorade.

I denna litteraturstudie är studier från Sverige, USA, Skottland, Japan, Thailand, Taiwan och Nederländerna inkluderade, där artiklar från USA är överrepresenterade. I en del fall fick vissa studier som svarade mot syftet uteslutas eftersom det bland annat rörde sig om studier gjorda på etniska grupper eller där kulturella aspekter hade en betydande roll. För övrigt anses att distriktssköterskans strategier för att stärka egenvården hos patienter med hjärtsvikt i hemsjukvård, har stora likheter globalt och därför är generaliserbar till svenska förhållanden. Eftersom det finns så mycket skrivet i ämnet var begränsningen i tid, en nödvändighet för att hålla antalet artiklar hanterbart. Styrkan i detta urval av artiklar är att forskningen är aktuell då flertalet artiklar är publicerade 2015 – 2016 och den äldsta artikeln är åtta år gammal. Alla resultatartiklar har kvalitetsgranskats utifrån SBU's bedömningsmallar gällande vetenskaplig kvalitet. Artikelgranskning och artikelöversikt gjordes gemensamt med intention att stärka studien trovärdighet, se tabell 3, bilaga C.

## **Resultatdiskussion**

### **Distriktssköterskans grundläggande förutsättningar**

Resultatet visar att det är avgörande att distriktssköterskan har erfarenheter och kunskaper i att ha insikt i patientens livsvärld för att därigenom kunna bemöta både patient med familj (Gusdal et al., 2017; Chen et al., 2014; Fairbrother et al., 2013; Flatley Brennan et al., 2010; Duncan et al., 2014). Distriktssköterskors arbete skall bygga på ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt. Att arbeta i någons hem kräver balans mellan distans och närhet, i ett professionellt förhållningssätt. För att kunna utföra ett bra arbete, arbeta självständigt med god vårdkvalitet är kompetens och erfarenhet av yrket av stor betydelse (Gunnarsson et al., 2008). I resultatet framkommer även att det är av vikt att sjuksköterskor som har en specialistutbildning visar på ökad förmåga till engagemang, förmåga att förmedla kunskap samt inställning i vårdandet (Smith et al., 2014). Kompetens och utbildningens betydelse styrks vidare av Patel, Shafazand, Ekman, Höjgård, Swedberg & Schaufelberger (2008) visar att det finns möjligheter att vårda kroniskt sjuka patienter med hjärtsvikt i hemmet med stöd av en specialistutbildad sjuksköterska, även om patienten bedömdes vara i behov av sjukhusvård. Samverkan mellan professioner inom hemsjukvård,

primärvård och slutenvård behöver utvecklas för att ett sådant arbetssätt skall fungera optimalt för en säker vård för patienten.

Att bristande förtroende för sjuksköterskan skapar otrygghet hos patienten enligt Näsström, Idvall & Strömberg (2013); Smeulders et al. (2010) är något som framkommer i resultatet. Vad som också framkommer är att tillgänglighet ökar känslan av trygghet och livskvalité (Piamjariyakul et al., 2010). Norell Pejner, Ziegert & Kihlström (2015) visar att för patienter och närstående är det viktigt att uppleva trygghet under hela sjukdomsförloppet i samband med att symtom förvärras. Olika vägar till trygghet kan skapas anser Norell Pejner et al. (2015) genom att få uppleva känslan av att veta att hjälp finns tillgänglig då den behövs. Känslan av tillgänglighet är fullt tillräckligt många gånger, men trygghet kan även skapas genom tro på sjukvård samt tron på sjuksköterskans förmåga i vårdandet. Detta styrks vidare av Travelbee's aspekt av stöd som grundar sig i att en av omvårdnadens främsta uppgifter är att skapa förtroende vilken baseras på att människan är unik och att sjuksköterskan skall använda sig själv som verktyg i relationen.

### **Utgå från patientens situation och behov**

Resultatet visar att patienters behov av bekräftelse i sin uppfattning om sitt hälsotillstånd har betydelsen vilket kan tillgodoses genom dialog med sjuksköterskan då det är viktigt för patienten att få insikt i sin situation (Näsström et al. 2013; Otsu & Moriyama, 2011; Piamjariyakul et al., 2010). I enlighet med Travelbee (2001) är det av stor betydelse att en god relation utvecklas mellan patient och distriktssköterska då alla patienter är olika individer, som har olika förmåga att ta ansvar för sin hälsa och därmed sina hälsofrämjande beslut. Genom samtal kan sjuksköterskan påverka patientens känsla av välbefinnande samt öka tillit och förståelse för behandling vilket kan leda till bättre följsamhet. Detta visas vidare i Street, Makoul, Arora & Epstein (2009) artikel där det betonas att kommunikation ger patienter verktyg för egenvård samt ger dem en aktiv roll kring sin hälsosituation.

Genom att bjuda in till samtal görs patienten delaktig (Street et al, 2009). Resultatet visar att det är av vikt att patienten görs delaktig för att skapa bättre förutsättningar för ökad egenvårdsförmåga (Dracup et al., 2014; Fairbrother et al., 2013). Genom att distriktssköterskan har ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv bör delaktighet ske utifrån patientens situation och förutsättningar för att nå syftet med egenvården som är att upptäcka och hantera tidiga tecken på ohälsa för att undvika sjukhusbesök (Lainscak, Blue, Clark, Dahlström, Dickstein, et al., 2011).

### **Att arbeta med mål och uppföljning**

En viktig strategi distriktssköterskan kan tillämpa för att öka patientens förmåga att tillämpa egenvård samt upprätthållandet av densamma, är att tillsammans med patienten sätta upp mål, eventuellt via motiverande samtal (MI) (Masterson Creber et

al., 2016; Dunbar et al., 2015; Duncan et al., 2014; Smuelders et al., 2010; Otsu och Moriyama, 2011; Piamjariyakul et al., 2010). Att målsättning är en betydande strategi för att stärka patienters förmåga till egenvården styrks även av Scott, Setter-Kline, & Britton (2004). Patienter som involveras i målsättningen av behandlingen visar på både ökad mental hälsa och ökad livskvalité (Scott et al, 2004). Att som patient ges möjlighet att delta i vården och sätta egna mål i samråd med distriktssköterskan följer Travelbees (2001) interaktionsteori där patienten kan känna sig värdefull som individ, stärkt i sin självbild samt vars åsikt har betydelse. Att som patient själv få mäta och följa upp mätvärden resulterar i ökad kunskap och bättre sjukdomsinsikt vilket bidrar till förbättrad tilltro till egen förmåga att utföra en specifik handling i en särskild situation (Dracup et al., 2014; Evangelista et al., 2015; Fairbrother et al., 2013). Även enligt Fry, McLachlan, Purdy, Sanders, Kadam et al. (2016) poängteras att kunskap ger ökad kontroll i att tidigt känna igen symtom och därmed på egen hand kunna vidta förebyggande åtgärder. Distriktssköterskan kan, genom att bjuda in patienten att vara delaktig i sin vård, öka patientens kunskap vilket leder till ökad kontroll och enligt Travelbee (2001) stärker patientens förmåga att förebygga sjukdom och främja hälsa.

### **Erbjuda utbildning och kunskap**

Distriktssköterskan ska kunna informera och undervisa patienter eller närstående när det behövs, (Svensk sjuksköterskeförening, 2014; Socialstyrelsen, 2005). Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, (2007) visar att professionella vårdare som delger sina patienter individuellt anpassad kunskap och information leder till att patienten lär sig fakta om sin sjukdom, bildar en förståelse kring sjukdomsförloppet och symtom samt kan delta i sin egen vård. Att som distriktssköterska kunna bemästra kommunikation mellan patient och sjuksköterska är av stor vikt. Travelbee (2001) menar att kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste arbetsredskap och en förutsättning för att skapa den mellanmänskliga relationen, vilken i sig banar för en hållbar vård. Resultatet visar att kontinuerligt få information och råd samt kunna ha dialog med vårdpersonal ökar patientens deltagande i egenvård i samband med hjärtsvikt (Piamjariyakul et al. 2010; Shao et al. 2013; Otsu & Moriyama, 2011). Ett flertal artiklar presenterar olika utbildningsprogram där patienter får ökad kunskap kring symtom och sin sjukdom. Effekten av utbildningen resulterar i att deltagarna stärks i sin förmåga till egenvård (Shao et al, 2013). En brist i utbildningsprogrammen är avsaknaden av patienternas önskemål om vilken information och kunskap de anser att de är i behov av. En större följsamhet i egenvård skulle kunna ses om hänsyn togs till patientens uttryckta behov. Patienternas hjärtsviktsrelaterade symtom minskade genomgående och även deltagarna i Otsu & Moriyamas (2011) studie blev mer aktiva i sin egenvård genom utbildningsprogrammet. Vid arbete med patientundervisning är det av vikt att bilda sig en uppfattning om vad patienten anser är hälsa samt patientens kunskapsbehov för att kunna anpassa informationen utifrån det individuella behovet (Arvidsson, Bergman, Arvidsson, Fridlund & Tingström, 2012). Patientutbildning ger patienten och närstående en ökad kunskap om sjukdomen men trots detta har patienten i många fall svårt att följa rekommendationer för egenvård anser Currie,

Strachan, Spaling, Harkness, Barber et al. (2014). Enligt Chen et al. (2014) visar det sig att även om patienten är välutbildad och har hög nivå av hälsolitteracitet saknas förmågan till självhantering. Hälsolitteracitet handlar om vilken förmåga en person har att förstå och kunna använda sig av hälsoinformation. Förutom kunskap påverkar faktorer som livssituation och kultur graden av hälsolitteracitet (Berkman, Davis & McCormac, 2010). Chang, (2010) bekräftar att hög eller låg nivå av hälsolitteracitet inte utgör någon skillnad på förmågan till självhantering. Enligt Travelbee (2001) påverkar upplevelsen av meningsfullhet reaktioner och beteenden vilket innebär att det är först när en aktivitet blir meningsfull som patienten har förmåga att aktivt förändra sitt beteende. Genom reflektion utifrån omgivning och individuella mål kan tilltron till sin egen förmåga att handla i en specifik situation öka (Bandura, 1977).

## **Konklusion och implikation**

Det finns ingen generell strategi för att stärka egenvård som fungerar för alla. Varje individ är unik. Det är en utmaning för distriktssköterskan att genom sin specialistkompetens, lyhördhet och engagemang kunna finna patientens behov samt vilka strategier som är lämpliga för varje individ. Genom att stärka patientens egna resurser och göra patienten delaktig i vården motiverar det till förbättrad egenvård och ökat välbefinnande och därmed även färre återinläggningar. De strategier som presenteras i denna litteratursammanfattning bör göra distriktssköterskan medveten och öppen för den unika människan och relationens betydelse i sammanhanget. Trots god omvårdnad och stärkande strategier av distriktssköterskan krävs ibland samarbete med annan kompetens. Vi föreslår därför att fortsatt forskning kan undersöka hur distriktssköterskan kan samverka med andra professioner. Det är framförallt med läkare inom primärvård men även med hjärtsviktsmottagningar som samverkan behöver ske, för att möjliggöra en trygg och säker tillvaro i hemmiljö för patienter med hjärtsvikt.

## Referenser

### \* Resultatartiklar

- Arvidsson, S., Bergman, S. Arvidsson, B., Fridlund, D., & Tingström, P. (2012). Effects of a self-care promoting problem-based learning programme in people with rheumatic diseases: a randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, 69. (7). 1500-1514.
- \* Audulv, Å., Asplund, K. & Norbergh, K-G. (2010). Who's in charge? The role of responsibility attribution in self-management among people with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 81, 94-100.  
DOI:10.1016/j.pec.2009.12.007
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *National Institutes of Health*. 191-215.
- Berkman, N., Davis T. & McCormac L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(2), 9-19.
- Boyne, J., Vrijhoef, H., Spreeuwenberg, M., De Weerd, G., Kraagten, J. & Gorgels, A. (2014). Effects of tailored telemonitoring on heart failure patient's knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 13(3): 243-252.
- Brobeck, E., Odenrants, S, H., Bergh, H. & Hildingh, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60(3), 374-380.
- Chang, L-C. (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 190–196.
- \* Chen, A., Yehle, K., Albert, N., Ferraro, K., Mason, H., Murawski, M. et al. (2014). Relationship between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 10(2), 378-386. DOI:10.1016/j.sapharm.2013.07.001.
- \* Clarke, P., McDougall, G., Riegel, B., Joiner-Rogers, G., Innerarity, S., Meraviglia, et al. (2015). Health status and self-care outcomes following an education-support intervention for people with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30. 3-13. DOI:10.1097/JCN.0000000000000169.

- Costello, J. & Boblin, S. (2004). What is the experience of men and women with congestive heart failure? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 9-20.
- Currie, K., Strachan, P., Spaling, M., Harkness, K., Barber, D. & Clark, A. (2015). The importance of interactions between patients and healthcare professionals for heart failure self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 525-535. DOI: 1474515114547648.
- \* Dracup, K., Moser, D., Pelter, M., Nesbitt, T., Southard, J., Paul, S. et al., (2014). Randomized, controlled trial to improve self-care in patients with heart failure living in rural areas. *Circulation*, 130, 256-264. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003542
- \* Dunbar, S., Reilly, C., Gary, R., Higgins, M., Culler, S., Butts, B. et al. (2015). Randomized clinical trial of an integrated self-care intervention of persons with heart failure and diabetes: Quality of life and physical functioning outcomes. *Journal of Cardiac Failure*, 21(9), 719-729. DOI:10.1016/j.cardfail.2015.05.012
- \* Duncan, K., Pozehl, B., Hertzog, M. & Norman, J. (2014). Psychological responses and adherence to exercise in heart failure. *Rehabilitation Nursing Journal*, 29(3), 130–139. DOI:10.1002/rnj.106.
- Eldh, A-C. (2009). *Delaktighet & gemenskap*. A-K, Edberg & H, Wijk (red). *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. (S.45–64). Lund: Studentlitteratur
- Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Studentlitteratur AB: Lund
- \* Evangelista, L., Lee, J-A., Moore, A., Motie, M., Ghasezadeh, H., Sarrafzadeh, M. et al. (2015). Examining the effects of remote monitoring system on activation, self-care and quality of life in older patient with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(1), 51-57. DOI:10.1097/JCN0000000000000110.
- \* Fairbrother, P., Ure, J., Hanely, J., Mc Cloughan, L., Denvir, M. et al. (2013). Telemonitoring for chronic heart Failure: The views of patients and healthcare professionals - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 132-144. DOI:10.1111/jocn.12137
- \* Flatley Brennan, P., Casper, G., Burke, L., Johnson, K., Brown, R., Valdez, R. et al. (2010). Technology-enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: Home implementation and evaluation. *Journal of Acute and Critical Care*, 39, 34-46. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.09.003.

- Fry, M., McLachlan, S., Purdy, P., Sanders, T., Kadam, U. & Chew-Graham, C. (2016). The implications of living with heart failure; the impact on everyday life, family support, co-morbidities and access to healthcare: a secondary qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 17(139). DOI 10.1186/s12875-016-0537-5
- Gheorghiu, V. & Barkley, T. (2017). Identification and Prevention of Secondary Heart Failure: A Case Study. *Critical Care Nurse*, 37(4), 29–35. DOI: 10.4037/ccn2017478.
- Gunnarsson, E., Gusdal, A., Jarl, E., Johansson, I., Rising, I., Strender, I. et al. (2008). Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen. Hämtad 2017-09-10 från: <http://www.distriktskoterska.se/>
- \* Gusdal, A., Josefsson, K., Adolfsson, E. & Martin, L. (2017). Nurses' attitudes towards family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256 – 266. Doi: 10.1177/1474515116687178
- Helsingforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki). (2008). Hämtad 2016-01-13 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- Harrefors, C., Sävenstedt, S. & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 353-360.
- Harshida, P., Shafazand, M., Ekman, I., Höjgård, S., Swedberg, K. & Schaufelberger, M. (2008). Home care as an option in worsening chronic heart failure – a pilot study to evaluate feasibility, quality adjust life years and cost-effectiveness. *European Journal of Heart Failure*, 10(7), 675-681. DOI: 10.1016/j.ejheart.2008.05.01
- Heycock-Stuart, E., Jarvis, A. & Daniel, K. (2008). A ward without walls? District nurse's perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3012-3020. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02316.x
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, A., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I. et al. (2011). Self care management of heart failure: Practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 12(2), 115–126.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Sjöström, B., Lindencrona, C. & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a grounded theory



study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313–320.  
Doi:10.1111/j.1471-6712.2007.0047/.x

Läkemedelsverket (2017). *Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt*. Hämtad 2017-09-28 från <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Hjartsvikt/>

\* Masterson Creber, R. Patey, M. Lee, C. Kuan, A. Jurgens, C. Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Education Counseling*, 99(2), 256-264. DOI:10.1016/j.pec.2015.08.031.

McMurray, J., Adamopoulos, S., Anke, S., Auricchio, A., Böhm, M. & Dickstein K. et al., (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Journal of Heart Failure*, 14(8), 803-869.

Norell Pejner, M., Ziegert, K. & Kihlgren, A. (2015). Older patient´s in Sweden and their experience of the emotional support received from the registered nurse - a grounded theory study. *Aging & Mental Health*, 19(1), 79–85. DOI: org/10.1080/13607863.2014.917605

\* Näsström, L., Idvall, E. & Strömberg, A. (2013). Heart Failure Patient´s descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*, 18, 1384–1396. DOI: 101111/hex.12120

\*Otsu, H. & Moriyama, M. (2011). Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 8,140–152. DOI:10.1111/j.1742-7924.2010.00166.x

\* Piamjariyakul, U., Smith, C., Werkowitch, M. & Elyachar A. (2010). Part 2: Enhancing heart failure home management: integrated evidence for a new family caregiver educational plan. *Applied Nursing Research*, 25, 246 – 250. Doi: 10.1016/j.apnr.2011.07.003

Ponikowski, P., Voors, A., Anker, S., Bueno, H., Cleland, J., Coats, A. et al. (2016).2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 18(8), 891-975.

Reeder, K., Ercole, P., Peek, G. & Smith, C. (2015). Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(1), E1 - E7. Doi: 10.1097/JCN.000000000000117.

Riegel, B., Jaarsma, T. & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. DOI:10.1097/ANS.06013e318261b1ba.

- Sahlen, K-L., Boman, K & Brännström, M. (2016). A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 30(3), 296–302.
- SBU. (2014). Utvärdering av metoder i Hälso-och Sjukvården – En handbok. Stockholm: Elanders Sverige AB.
- Scott, L. Setter-Kline, K. & Britton A. (2004). The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Applied Nursing Research*, 17(4), 248–256.
- \* Shao, J-H., Chang, A., Edwards, H., Shyu, Y-I. & Chen, S-H. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2458 – 2469. Doi: 10.1111/jan.12121
- Silva, A.L., Teixeira, H.J., Teixeira, M.J.C., & Frejtas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27, 792-803.
- \* Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A. et al. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1487 – 1499.
- Smith, S. & Barry, D. (2012). An innovative approach to preparing nursing students for care of the elderly in the home. *Geriatric Nursing*, 34(1), 30-34.
- \* Smith, C., Piamjariyakul, U., Wick, J., Spertus, J., Russell, C., Dalton, K. et al. (2014). Multidisciplinary group clinic appointments: the self-management and care of heart failure (SMAC-HF) Trial. *Circulation*, 7(6), 888-894. DOI:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.001246.
- Socialstyrelsen, (1996). Ädelreformen – Slutrapport. Hämtad 17-09-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer1996/1996-15-2>
- Socialstyrelsen, (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2008). *Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Hämtad 2017-10-01 från: [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59\\_200812659.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf)
- Socialstyrelsen, (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Stockholm: Socialstyrelsen.

- \* Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C. & Thompson, D. (2017). Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 857 – 870. Doi: 10.1111/jan.13192
- Statistiska Centralbyrån. (1914–2014). *Statistisk årsbok för Sverige 2014*. Stockholm: SCB.
- Street, R., Makoul, G., Aurora, N. & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to heal outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3) 295–301. DOI: 10.1016/j.pec.2008.11.015
- Svensk författningssamling (SFS) 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svensk sjuksköterskeförening, (2014). *ICN's Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-10-01 från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Söderberg, Karlsson & Löfvenmark (2015). Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet. *Nordic Journal of Nursing Research*, 203–209. Doi:10.1177/0107408315587800
- Travelbee, J. (2001). *Mellommennsklige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyllendal
- Whittemore, R & Knafl, K. (2005). The integrative Review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- \* Young, L., Barnason, S. & Kupzyk, K. (2016). Mechanism of engaging self-management behavior in rural heart failure patients. *Applied Nursing Research*, 30, 222-227. DOI: 10.1016/j.apnr.2015.09.008

Tabell 1: Sökhistorik och sökordsöversikt

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
171005	PubMed	Heart failure AND self- management AND nursing AND support	36	34	17	10
171005	Cinahl	Heart failure AND self - management AND nursing	27	27	17	7
171005	Cinahl	Heart failure AND self - management AND nursing AND support.	4	-	-	-
171031	Eric	Heart failure AND self - management	3	1	1	-
171031	Psychinfo	Heart failure AND self - management AND nursing AND support.	17	15	1	1
171031	SweMed+	Heart failure AND self - management AND nursing	1	1	-	-
171031	SwePub	Heart failure AND self - management AND nursing	1	1	-	-
171031	Web of Science	Heart failure AND self - management AND nursing AND support	68	51	9	-
171031	Academic search Elite	Heart failure AND self - management AND nursing AND support.	35	35	3	1

Tabell 2: Avgränsningar per databas.

Databas Avgränsningar	Academic Search Elite	CINAHL	Eric	Psycinfo	PubMed	SweMed+	SwePub	Web of Science
Fulltext	x	x	x		x			
Peer Reviewed	x			x		x		
Referee granskad							x	
Available abstract		x			x			
8 years	x	x	x	x	x	x	x	x
65+		x		x	x			x
Human				x	x			x
Academic journal	x	x			x		x	x
Scholarly journals				x				

**Tabell 1: Artikelöversikt****Artikel 1**

<b>Referens</b>	Auduly, Å., Asplund, K. & Norbergh, K-G. (2010). Who´s in charge? The role of responsibility attribution in self-management among people with chronic illness. <i>Patient Education and Conseling</i> 81. 94-100. DOI:10.1016/j.pec.2009.12.007
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Sweden Academic Search Elite
<b>Syfte</b>	Att undersöka hur förmåga till ansvar påverkar möjligheten till självaktivering bland personer med kronisk sjukdom
<b>Metod:</b> Design	Empirisk studie, intervju Innehållsanalys
Urval	26 deltagare som blev rekryterade från en mottagning från ett sjukhus på en ort i Västernorrland
Datainsamling	Intervjuer med öppna frågor
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalys
Bortfall	Inget
<b>Slutsats</b>	Ansvar är en förutsättning för att uppnå effektiv självaktivering, även om det går att tillämpa egenvård utan att du själv tar eller känner ansvar för den.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel

## Artikel 2

<b>Referens</b>	Chen, A., Yehle, K., Albert, N., Ferraro, K., Mason, H., Murawski, M. & Plake, K. (2014). Relationship between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. <i>Research in social &amp; administrative pharmacy</i> , 10(2), 378-386. DOI:10.1016/j.sapharm.2013.07.001.
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Syftet var att utvärdera en modell som förklarar sambandet mellan hälsolitteracitet, hjärtsvikt, kunskap, självförmåga och egenvård
<b>Metod: Design</b>	Tvärsnitts- och korrelationsdesign. Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	63 äldre deltagare, rekryterade via en hjärtsviktsklinik i Cleavland
<b>Datinsamling</b>	För att mäta hälsolitteracitet har man valt the Short-Form test of Functional Health Literacy (S-TOFHLA). För att mäta kunskap om hjärtsvikt har the Heart Failure of knowledge Questionnaire (HFKQ) använts. För att mäta upprätthållandet av egenvård, självhantering och självförmåga användes the Self-Care Heart Failure Index v6 (SCHFI).
<b>Dataanalys</b>	Beskrivande och analytisk statistik.
<b>Bortfall</b>	18 deltagare föll bort genom att de inte uppfyllde inklusionskriterierna eller hade ofullständiga svar. 63 inkluderades.
<b>Slutsats</b>	Trots att hälsolitteracitet påverkar kunskap är det inte hela förklaringen till varför patienten utför egenvård. Självförmåga visade sig vara oberoende av kunskap.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 3

<b>Referens</b>	Clarke, P. McDougall, G. Riegel, B. Joiner-Rogers, G. Innerarity, S. Meraviglia, M. Delville, S. Davila, A. (2015). Health Status and Self-Care Outcomes Following an Education-Support Intervention for People with Chronic Heart Failure. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 30. 3-13. DOI:10.1097/JCN.000000000000169.
<b>Land Databas</b>	USA Web of Science
<b>Syfte</b>	Undersöka effekterna av ett utbildningsprogram med stöd intervention levererat till hemmet med strategier för att förbättra hälsotillståndet och egenvården hos vuxna med hjärtsvikt
<b>Metod: Design</b>	Mixed metod, Prospektiv randomiserad kontrollstudie med en intervjustudie. Kvantitativ studie, med ett kvalitativt inslag
<b>Urval</b>	50 deltagare i studien. 25 i interventionsgruppen och 25 i kontrollgruppen
<b>Datainsamling</b>	Studien pågick i 9 månader, kontakt med deltagarna 4 ggr. 3 månaders utbildnings intervention. Den kvalitativa delen av studien genomgick en insamling av data genom intervjuer av patienter som spelades in.
<b>Dataanalys</b>	Återanvänt mätning genom ANOVA Har använts för att analysera data och studerade variabler. Den kvalitativa delen genom intervjuer svarade på vilken användbarhet utbildningsprogrammet kan ha. Detta fick man fram genom patientuttalanden via intervjuerna.
<b>Bortfall</b>	2 föll bort i kontrollgruppen och deras data togs bort från analysen
<b>Slutsats</b>	Ett utbildningsprogram som förbättrar egenvårdsförmågan. Positiva resultat kunde ses inom flera områden så som självaktivering, livskvalité, egenvård samt kunskap om hjärtsvikt.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel



## Artikel 4

<b>Referens</b>	Dracup, K., Moser, D., Pelter, M., Nesbitt, T., Southard, J., Paul, S., Robinson, S. & Cooper, L. (2014). Randomized, controlled trial to improve self-care in patients with heart failure living in Rural areas. <i>Circulation</i> . 130:256-264. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003542
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Att jämföra effekterna av tremånaders intervention i Remote Monitoring System (RMS) gällande aktivering, egenvård och livskvalité.
<b>Metod: Design</b>	En prospektiv kvasiexperimentell studie. Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	21 patienter deltog från ett universitetsanslutet sjukhus. Rekryteringen gjordes efter att de varit inläggande på sjukhus i södra Kalifornien, med förvärrade symtom i sin hjärtsvikt.
<b>Datainsamling</b>	Deltagarna fick tillfrågan att fylla i The Patient Activation Measure, ett instrument innehållande 13 st. frågor, härigenom mättes patientens aktivitet. Egenvården mättes via Self-Care of Heart Failure index (SCHFI), livskvalité mättes via Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MNHFQ).
<b>Dataanalys</b>	Förutbestämda kriterier valdes ut för att undersöka genomförbarheten för implementering av RMS. Uppföljningsstudier gjordes efter 3 månader.
<b>Bortfall</b>	24 gav samtycke till att delta och 21 fullföljde studien. En person skulle resa bort och två avvek ur studien.
<b>Slutsats</b>	Studien visar att användandet av RMS förbättrar aktivering, egenvård och livskvalitet hos äldre med hjärtsviktssymtom
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 5

<b>Referens</b>	Dunbar, S. Reilly, C. Gary, R. Higgins, M. Culler, S. Butts, B. Butler, J. (2015). Randomized clinical trial of an integrated self-care intervention of persons with heart failure and diabetes: Quality of life and physical functioning outcomes. <i>Journal of cardiac failure</i> 21(9), 719-729. DOI:10.1016/j.cardfail.2015.05.012
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Personer med samtidig hjärtsvikt och diabetes, har komplicerad konkurrerande självomsorgsförväntningar och behandlingsregimer som kan minska patientens livskvalité.
<b>Metod: Design</b>	Randomiserad kontrollerad studie Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	741 varav 134 deltog i studien.
<b>Datainsamling</b>	Deltagarnas egenskaper samlades in via medicinska journaler samt självrapportering. De har använt Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLFQ) dessa gjordes vid 3 och 6 månader. Ett sex minuters promenadtest användes för att mäta fysisk aktivitet (6MWT).
<b>Dataanalys</b>	t-Test användes, samt chi square test för att kategorisera mätvärden. Mann Whitney och Exact test fanns också med i analysen
<b>Bortfall</b>	606 exkluderades
<b>Slutsats</b>	Interventionen förbättrade livskvalité fysisk och känslomässigt för patienter med hjärtsvikt.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 6

<b>Referens</b>	Duncan, K.,Pozehl, B., Hertzog, M.& Norman, J.(2014). Phychological responses and aherence to exercise in heart failure. <i>Rehabilitation Nursing Journal</i> , 29(3), 130-139. DOI:10.1002/rnj.106.
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Att beskriva psykologiska effekter och följsamhet vid träning under en flerkomponent träningsövning som intervention och göra en uppföljning där man jämför två grupper 1.hög följsamhet till träning och 2.låg följsamhet till träning och skillnaden däremellan.
<b>Metod: Design</b>	Randomiserad kontrollerad studie. Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	42 deltagare, från en hjärtsviktsklinik, uppdelade i två grupper, interventionsgrupp och kontrollgrupp.
<b>Datainsamling</b>	Adherence, frekvens och intensitet av träning. För mätning av psykologisk status användes The POMS. Self-efficacy to exercise, The 16-item Cardiac exercise self-efficacy instrument (CESEI).
<b>Dataanalys</b>	The friedman two way analysis of variance, följt av the Wilcoxon signed-ranks test för att fastställa skillnader i tid. Skillnader mellan grupper testades med The Mann-Whitney U test.
<b>Bortfall</b>	3 föll bort och 39 deltagare fullgjorde hela studietiden
<b>Slutsats</b>	De som motionerade oftare visade sig ha en mindre benägenhet till depression, konfusion samt en ökad egenvårdsförmåga
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel

## Artikel 7

<b>Referens</b>	Evangelista, L., Lee, J-A., Moore, A., Motie, M., Ghasezadeh, H., Sarrafzadeh, M. & Mangione, C. (2015). Examining the effects of remote monitoring system on activation, self-care and quality of life in older patient with chronic heart failure. <i>Journal of cardiovascular Nursing</i> , 30(1), 51-57 DOI:10.1097/JCN0000000000000110.
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Att jämföra effekterna av ett 3 månaders RMS intervention med aktivitet, självförmåga och livskvalitet hos äldre patienter mot en grupp matchande i allt utom att de fått standard vård på sjukhus
<b>Metod: Design</b>	Prospektiv, kvasi-experimentell studie, Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	32 patienter
<b>Datainsamling</b>	Använde ett instrument som ett frågeformulär, med 13 frågeställningar i för att mäta patientens förmåga till aktiv egenvård. Egenvård mättes med hjälp av 22 frågeställningar Self-Care of HF Index. Livskvalitet mättes med hjälp av Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).
<b>Dataanalys</b>	
<b>Bortfall</b>	Totalt 11 patienter föll bort, 24 gav samtycke och 21 fullföljde baslinjen och kontroll vid tre månader.
<b>Slutsats</b>	Interventionen visade sig vara lovande för att förbättra ett aktivt beteende, egenvård och livskvalité hos äldre personer med symtomgivande hjärtsvikt.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel

## Artikel 8

<b>Referens</b>	Fairbrother, P., Ure, J., Hanely, J., Mc Cloughan, L., Denvir, M., Sheikh, A. &Mc Kinstry, B. (2013). Telemonitoring for chronic heart Failure: The views of patients and healthcare professionals - a qualitative study. <i>Journal of clinical Nursing</i> , 23, 132-144. DOI:10.1111/jocn.12137
<b>Land Databas</b>	Storbritannien PubMed
<b>Syfte</b>	Att förstå patienter och professionellas uppfattning av godtagbarhet och inse användbarheten av fjärrövervakning i hanteringen/omvårdnaden kring patienter med hjärtsvikt i ett sammanhang av vård dag till dag
<b>Metod: Design</b>	Kvalitativ studie Semistrukturerade intervjuer
<b>Urval</b>	22 patienter deltog under 2010/2011
<b>Datainsamling</b>	Intervjuerna med deltagarna i studien omfattades av face-to-face, antingen i ett personligt möte eller över telefon. Intervjuerna tog ca 30 minuter.
<b>Dataanalys</b>	5 huvudteman identifierades vid användning av Framework som tillvägagångssätt. "Information, stöd och trygghet", "följsamhet och beroende", "förändringar och utmaningar", "bestämning av kriterier för patienternas tillämplighet för telemonitorering" och "kontinuitet i vården"
<b>Bortfall</b>	18 patienter kvarstod i studien, 4 intervjuer gjordes med anhöriga.
<b>Slutsats</b>	Både patienter och personal anser telemonitorering användbar i omhändertagandet av personer med hjärtsvikt, med viss försiktighet. Patienterna upplevde att de kände trygghet i att känna sig övervakade av sjukvården, personal upplevde oro över patientberoendet på detta stöd. Slutsatsen blev att man kände att telemonitorering användbarhet var bäst vid korttidsvård som stöd när patienten skrivs ut från sjukhus
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel

## Artikel 9

<b>Referens</b>	Flatley Brennan, P., Casper, G., Burke, L., Johnson, K., Brown, R., Valdez, R., Sebern, M., Perez, O. & Sturgeon, B. (2010). Technology-enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: Home implementation and evaluation. <i>Journal of acute and critical care</i> , 39, 34 – 46. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.09.003.
<b>Land Databas</b>	USA CINAHL
<b>Syfte</b>	Att designa och utvärdera en innovativ modell för omvårdnad i hemmiljö
<b>Metod: Design</b>	Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	2323 patienter var kontaktade. 282 patienter från en midwestern stad deltog i studien,
<b>Datansamling</b>	The Short Form (SF-12) mäter patientens fysiska och mentala status, The self-care Heart Failure Index (SCHFI), Multidimensional Index for life Quality (MILQ), Satisfaction with Nursing Care 15 items scale, Unplanned Service Use. Data insamlades under 6 olika tillfällen från start tillfället till 24 veckor framåt.
<b>Dataanalys</b>	Sluppmässig effektmodell strategi för att utvärdera interventionens inverkan, uppföljningarna analyserades med post hoc multiple-comparison tests.
<b>Bortfall</b>	2019 exkluderades och 2 föll bort vid uppföljning. 72 föll bort
<b>Slutsats</b>	TEP är en modell för omvårdnad som ökar strategierna för hemsjukvård kring patienterna där man tillhandahåller web baserad utbildning kring symtom. Denna modell av vård i hemmet gav förbättrade resultat och ökad egenvårdsförmåga för patienter med hjärtsvikt som har hemsjukvård. Studien visade på bättre resultat med TEP på quality of life och egenvårdsförmåga efter 4veckor, men sedan var det samma resultat mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Låg

## Artikel 10

<b>Referens</b>	Gusdal, A., Josefsson, K., Adolfsson, E. & Martin, L. (2017). Nurses' attitudes towards family importance in heart failure care. <i>European journal of cardiovascular nursing</i> , 16(3), 256 – 266. Doi: 10.1177/1474515116687178
<b>Land Databas</b>	Sweden Cinahl
<b>Syfte</b>	Att utforska legitimerade sjuksköterskors attityder gentemot betydelsen av familjens engagemang i omvårdnaden i att identifiera faktorer som förutspår de mest stödjande attityderna.
<b>Metod: Design</b>	Tvärnittsstudie. Kvantitativ studie Multicenter.
<b>Urval</b>	317 legitimerade sjuksköterskor från 47 sjukhus och 30 vårdcentraler i Sverige.
<b>Datainsamling</b>	Webbundersökning.
<b>Dataanalys</b>	Beskrivande statistik. För att jämföra mätvärden användes One-sample Kolmogrov-Smirnovs test. För att undersöka skillnaden mellan två undergrupper användes Mann-Whitney <i>U</i> test och för att undersöka skillnaden mellan tre eller fler undergrupper användes Kruskal-Wallis test.
<b>Bortfall</b>	Totalt 317, 14 exkluderades relaterat till ofullständig information. Kvar 303.
<b>Slutsats</b>	Specialistutbildning, utbildning inom hjärtsvikt eller att arbeta på en hjärtsviktsklinik är faktorer som positivt påverkar en stödjande attityd hos legitimerade sjuksköterskor gentemot familjers inblandning i omvårdnaden. Legitimerade sjuksköterskor med nämnda faktorer kan uppmuntras att guida samt vara mentorer till kollegor som är yngre och med mindre erfarenhet för att stärka deras stödjande attityder gentemot familjer.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel

## Artikel 11

<b>Referens</b>	Masterson Creber, R. Patey, M. Lee, C. Kuan, A. Jurgens, C. Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. <i>Patient education counseling</i> . 99(2) 256-264. DOI:10.1016/j.pec.2015.08.031.
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Syftet med studien var att testa effektiviteten av en skraddarsydd motiverande samtal (MI) intervention, i jämförelse till vanlig ordinär vård som arbetar för att förbättra egenvårdsbeteende, fysiskt hjärtsviktssymtom och livskvalité.
<b>Metod: Design</b>	Prospektiv singel-blinded Randomiserad kontroll studie Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	100 deltagare tillfrågades om deltagande efter att ha varit ineliggande på ett universitetsanslutets stadssjukhus. 67 fullföljde.
<b>Datainsamling</b>	Alla deltagare testades för hälsolittracitet och kognitiv försämring via ”the mini mental status examination” Self-Care HeartFailure Index (SCHFI) V6.2, samt intervjuer
<b>Dataanalys</b>	Beskrivande standard statistik. Chi square and student´s t-tests användes till att upptäcka skillnader baserade på ett gruppdeltagande.
<b>Bortfall</b>	33 föll bort, av dessa var 13% från den vanliga ordinära vårdgruppen, och 42% från motiverande samtalsurvals gruppen
<b>Slutsats</b>	Det fanns ingen signifikant statistisk skillnad över 90 dagar
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög



## Artikel 12

<b>Referens</b>	Näsström, L. Idvall, E. Strömberg, A. (2013). Heart Failure Patient's descriptions of participation in structured home care. <i>Health expectations</i> , 18, 1384–1396. DOI: 101111/hex.12120
<b>Land Databas</b>	Sweden PubMed
<b>Syfte</b>	Att undersöka hur hjärtsviktpatienter som får strukturerad hemsjukvård medverkade till egenvård
<b>Metod: Design</b>	En intervjustudie Kvalitativdesign
<b>Urval</b>	13 män och 6 kvinnor intervjuades, ålder mellan 65-90 år. Deltagarna fick hemvård av fyra olika enheter i Sverige
<b>Datainsamling</b>	Intervjuer av patienter i deras hem där man ställde öppna frågor med följdfrågor, intervjuerna tog mellan 16–64 min.
<b>Dataanalys</b>	Ett induktivt tillvägagångssätt med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.
<b>Bortfall</b>	0
<b>Slutsats</b>	Patientens medverkan till egenvård kan bli styrkt till en positiv inverkan med strukturerad hemsjukvård kring sjukdomen hjärtsvikt. Medverkan till den strukturerade hemsjukvården kunde underlättas om det fanns en balans mellan patientens egna möjligheter till att påverka sin hälsa samt hälso-och sjukvårdspersonalens åtgärder och värderingar.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel

## Artikel 13

<b>Referens</b>	Otsu, H. & Moriyama, M. (2011). Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. <i>Japan Journal of Nursing Science</i> , 8. 140-152. DOI:10.1111/j.1742-7924.2010.00166.x
<b>Land Databas</b>	Japan CINAHL
<b>Syfte</b>	Syftet var att implementera ett pedagogiskt egenvårdsprogram för öppenvårdspatienter med hjärtsvikt för att förbättra deras hjärtsviktssymtom.
<b>Metod: Design</b>	En randomiserad kontrollerad studie Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	102 patienter alla diagnostiserade med hjärtsvikt och stod under behandling och ansvar av öppenvården, 50 deltagare i interventionsgrupp och 52 deltagare i kontrollgrupp
<b>Datainsamling</b>	Implementations perioden var satt till 6 månader. Deltagarna delades slumpmässigt in i två grupper, en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Interventionsgruppen fick en undersökningsintervju gjord, samt att de fick varje månad under 6 månader en ny intervju hemskickad att utföra/svara på frågor om lika ämnen kopplat till deras sjukdom. Kontrollgruppen fick normal standard vård. Båda grupperna följdes upp efter 6 månader.
<b>Dataanalys</b>	CHI- Square test and t-test eller Mann-Whitney U-tests användes.
<b>Bortfall</b>	1 föll bort i interventionsgruppen (49deltog), 5 föll bort ur kontrollgruppen (47deltog hela vägen)
<b>Slutsats</b>	Visade på betydande skillnader i systoliskt blodtryck och vikt hos interventionsgrupp jämfört med kontrollgruppen. Förbättrade resultat hos interventionsgruppen. Programmet ansågs därför vara effektivt för patienter och deras anhöriga.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 14

<b>Referens</b>	Piamjariyakul, U., Smith, C., Werkowitch, M. & Elyachar A. (2010). Part 2: Enhancing heart failure home management: integrated evidence for a new family caregiver educational plan. <i>Applied Nursing Research</i> , 25, 246 – 250. Doi: 10.1016/j.apnr.2011.07.003
<b>Land Databas</b>	USA Cinahl
<b>Syfte</b>	Syfte med rapporten var att integrera forskningsupptäkter om självhantering bland patienter med hjärtsvikts, hälso- och sjukvårdspersonal och familjer/anhöriga/anhörigvårdare.
<b>Metod: Design</b>	Empirisk studie
<b>Urval</b>	64 deltagare varav 30 patienter, 17 hälso- och sjukvårdspersonal samt 17 anhörigvårdare, rekryterade från Midwesternacademicmedical center cardiologypractice.
<b>Datainsamling</b>	Kvalitativa data från fokusgrupper av patienter och hälso- och sjukvårdspersonal samlades in samt att strukturerade telefonintervjuer med anhörigvårdare gjordes.
<b>Dataanalys</b>	Bearbetades enligt Brod, Tesler & Christensens, (2009) metod. Teman utsågs och kategorier identifierades ur olika teman
<b>Bortfall</b>	Inget presenterat.
<b>Slutsats</b>	Nuvarande utbildning visar på en klyfta i förståelsen av självhanterings betydelse, att bristande självhantering ökar risken för återinläggningar på sjukhus. Denna utbildningsplan har potential att på ett kostnadseffektivt sätt förbättra självhantering inom hjärtsvikt och minska återinläggningar.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Medel

## Artikel 15

<b>Referens</b>	Shao, J-H., Chang, A., Edwards, H., Shyu, Y-I. & Chen, S-H. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. <i>Journal of advanced nursing</i> , 69(11), 2458 – 2469. Doi: 10.1111/jan.12121
<b>Land Databas</b>	Taiwan Cinahl
<b>Syfte</b>	En rapport om effektiviteten av ett självhanteringsprogram baserat på självförmågan hos äldre personer med hjärtsvikt angående salt- och vätskeintag.
<b>Metod: Design</b>	Randomiserad kontrollstudie med uppföljning efter 4 och 12 veckor.
<b>Urval</b>	93 patienter med hjärtsvikt från två medicinska hjärkliniker i norra Taiwan rekryterades under perioden oktober 2006 – januari 2007.
<b>Datansamling</b>	En modifierad skala som var omgjord från en ”self-efficacy scale for health-related diet” användes för att samla in data.
<b>Dataanalys</b>	Data analyserades utifrån ANOVAmodel.
<b>Bortfall</b>	488 patienter med hjärtsvikt från två medicinska hjärkliniker i norra Taiwan tillfrågades varav 136 inte svarade mot urvalskriterierna, 188 svarade mot exklusionskriterier och 56 ville inte delta.
<b>Slutsats</b>	Hjärtsviktpatienter som mottog självhanteringsinterventionen förbättrade deras självförmåga att kontrollera salt- och vätskeintag, förmågan att förändra hjärtsviktsrelaterat beteende samt att de hade färre hjärtsviktsrelaterade symtom.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 16

<b>Referens</b>	Smeulders, E., van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., Steffers, H., Lodewijks-van der Bolt, C., van Eijk, J. & Kempen, G. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: Randomized controlled trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i> .
<b>Land Databas</b>	Nederländerna CINAHL
<b>Syfte</b>	Att bedömma effekten av CDSMP, utifrån psykosociala attribut, egenvårdsbetende och livskvalitet bland patienter med kronisk hjärtsvikt som upplevt lätt till stark begränsning av fysisk aktivitet
<b>Metod: Design</b>	En randomiserad kontrollstudie med två grupper, 6 och 12 månaders uppföljning Kvantitativ studie
<b>Urval</b>	6 sjukhus i Nederländerna. 317 patienter, tillslut deltog 265 patienter i studien
<b>Datainsamling</b>	Generall Self-efficacy Scale (GSES) samt Cardiac Self-Efficacy Questionnaire insamlade data kring upplevd kontroll gjordes via en skala utvecklad av Mastery scale developed by Pearlin and Schooler, Mätning av kognitiva symtom användes The Coping with Symptoms Scale, Egenvård mättes via European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScBS), Livskvalitet bedömdes via Health Survey (RAND-36). Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). Symtom över oro och depression mättes via Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
<b>Dataanalys</b>	Chi-Square tests, Mann-Whitney U-test och t-tests användes i analysen
<b>Bortfall</b>	52 försvann ur studien
<b>Slutsats</b>	Interventionen skulle behövas anpassas för att passa in på större grupper. Troligtvis kan detta användas i vården, framförallt för att motivera patienter till en betende förändring gällande livsstil över tid.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 17

<b>Referens</b>	Smith, C. Piamjariyakul, U., Wick, J., Spertus, J., Russell, C., Dalton, K., Elyachar, A., Vacek, J., Reeder, K., Naxir, N. & Ellerbeck, E. (2014). Multidisciplinary group clinic appointments: the self-management and care of heart failure (SMAC-HF) Trial. <i>Circulation: Heart Failure</i> , 7(6), 888-894. DOI:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.001246.
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Studien syfte var att undersöka effekten av kliniska gruppmöten med multidisciplinära team, för att se resultatet mellan antingen återinläggning efter död efter diagnos hjärtsvikt
<b>Metod: Design</b>	Randomiserade kontrollerad studie
<b>Urval</b>	774 personer
<b>Datainsamling</b>	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire score (KCCQ) användes för att mäta hjärtats funktion. Center for epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) användes för att mäta depressiva symtom. Deltagarna fick poängsätta vad de tyckte om de multidisciplinära gruppmötena med en skala på 1–5.
<b>Dataanalys</b>	Grundvärden och frekvens mättes i de två grupperna och jämfördes med hjälp av chi-square och Student's t-test
<b>Bortfall</b>	Av ett urval på 774 rekryterades 198 således 576 föll bort
<b>Slutsats</b>	Multidisciplinära gruppmöten är effektiva för att fördröja återinläggning på sjukhus samt död så länge de pågår.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 18

<b>Referens</b>	Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C. & Thompson, D. (2017). Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. <i>Journal of advanced nursing</i> , 73(4), 857 – 870. Doi: 10.1111/jan.13192
<b>Land Databas</b>	Thailand Cinahl
<b>Syfte</b>	Att undersöka ett utbildningsprogram om hjärtsvikt utvecklat för patienter och vårdare i Thailand.
<b>Metod: Design</b>	Randomiserad kontrollstudie med uppföljning efter tre och sex månader.
<b>Urval</b>	100 personer funna på två kommunala sjukhus i södra Thailand. Rekryterades mellan april 2014 och mars 2015.
<b>Datansamling</b>	Demografi och kliniska variabler insamlades med hjälp av intervjuer och medicinska journaler. Dutch Heart Failure Knowledge scale (DHFKS) användes för att mäta kunskap. Control Attitudes Scale-Revised (CAS-R) användes för att mäta vårdarens upplevda kontroll av att hantera patienten. Även Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI), Minnesota Living with Heart Failure (MLHF), Short-Form 12 health survey (SF-12) samt Health related quality of life (HRQL).
<b>Dataanalys</b>	Data analyserades genom SPSS version 22. En grundläggande beskrivande analys har genomförts med hjälp av chi-square test. Vidare användes <i>t</i> -test och effectsize för fortsatt distribuering av data.
<b>Bortfall</b>	131 tillfrågade. 31 personer föll bort på grund av att de inte uppfyllde inklusionskriterierna samt nekade till att delta.
<b>Slutsats</b>	Det familjebaserade utbildningsprogrammet har förbättrat kunskapen om hjärtsvikt, egenvårdsbeteende, känslomässig hälsorelaterad livskvalité hos patienter samt kunskap om hjärtsvikt och upplevd kontroll hos vårdare på landsbygden i Thailand.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög

## Artikel 19

<b>Referens</b>	Young, L. Barnason, S., & Kupzyk, K. (2016). Mechanism of Engaging Self- Management Behavior in Rural Heart Failure Patients. <i>Appliednursing research</i> , 30, 222-227. DOI:10.1016/j.apnr.2015.09.008
<b>Land Databas</b>	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Syftet med denna studie var att undersöka förhållanden mellan egenvårdsförmåga, förmåga att vara aktiv och självförmåga till självhantering på landsbygden, hos patienter med hjärtsvikt nyligen utskrivna från sjukhusvistelse
<b>Metod: Design</b>	Kvantitativ studie korrelationsstudie som använde andra hands data från en randomiserad kontrollstudie "Patient AcTivated Care at Home (PATCH)"
<b>Urval</b>	101 deltagare, rekryterade från 2 landsortsjukhus i sydvästra Nebraska/USA
<b>Datainsamling</b>	Datainsamlingen är hämtad från en tidigare randomiserad kontroll studie. The Self-Care of heart Failure Index (SCHFI), Hibbard´s Short Form of the Patient Activation Measure (PAM), The 29-item Revised Heart Failure Self-Care Behavior Scale (RHFSCBS) användes för att insamla data.
<b>Dataanalys</b>	Deskriptiv statistiskt. Pearson´s correlations coefficients, Path analysis samt Barron and Kenney
<b>Bortfall</b>	Ingen redovisad då data är inhämtad av en tidigare studie
<b>Slutsats</b>	Resultatet visar på att patient engagemang var avgörande för påverkan av egenvårdsförmågan till självhantering av sin sjukdom.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Hög



Malena Wolmestam, sjuksköterska i  
hemsjukvård, Mölndals stad.

Camilla Ahnfelt, ambulanssjuksköterska  
i Region Halland/ Kungsbacka.



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)