



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Hinder och möjligheter för följsamhet till egenvård hos patienter med hjärtsvikt

Litteraturstudie

Författare: Hanna Johansson, Jessica Åkesson

Handledare: Inga Persson

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Hinder och möjligheter för följsamhet till egenvård hos patienter med hjärtsvikt

Litteraturstudie

Författare: Hanna Johansson, Jessica Åkesson

Handledare: Inga Persson

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Abstrakt

Hjärtsvikt är en vanlig sjukdom som kräver livslång behandling och ställer krav på att patienterna ändrar sin livsstil. Följsamheten till en ändrad livsstil utgör ett problem eftersom sjukdomen begränsar patienterna att utföra dagliga aktiviteter. Syftet med studien var att belysa hinder och möjligheter för egenvård hos patienter med hjärtsvikt. Studien utfördes som en litteraturöversikt inkluderande åtta artiklar. Resultatet visade att patienter med hjärtsvikt upplever att det största hindret för fysisk träning är osäkerhet på grund av bristande information från vårdpersonal men att träning i grupp ökar självsäkerheten. Vidare framkom att patienterna tar sina mediciner för att minska symtomen men bristande information om medicineringen minskar följsamheten. Det vanligaste hindret till att följa råden om kost och vätskerestriktioner är smaklös mat och törst. Patientutbildning och motivation från vårdpersonal är därför viktigt för patienterna att själva kunna hantera sin sjukdom.

Nyckelord

Hjärtsvikt, upplevelse, patient, egenvård, följsamhet, sjuksköterska, motivation, information, stöd

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion.....	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Hjärtsvikt.....	4
Definition av hjärtsvikt.....	4
Patofysiologi	4
Symtom	5
Sjukdomens inverkan på patientens livssituation	5
Behandlingsstrategier	6
Teori om egenvård	7
Syfte	9
Metod	9
Urval och datainsamling	9
Dataanalys	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Hinder och möjligheter till följsamhet av fysisk träning	13
Hinder och möjligheter till följsamhet av medicinering	16
Hinder och möjligheter till följsamhet av kost- och vätskerestriktioner	19
Diskussion	19
Diskussion av vald metod.....	19
Diskussion av framtaget resultat	21
Slutsats och kliniska implikationer.....	26
Författarnas arbetsfördelning	26
Referenser.....	27
Bilaga 1 (1) Matris över analyserade artiklar.....	32

Introduktion

Problemområde

Hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till sjukhusinläggning bland personer över 65 år och totalt beräknas 180 000 - 350 000 människor lida av hjärtsvikt i Sverige idag (Ericsson & Ericsson, 2012). Hjärtsjukdomen är en av de mest förekommande i världen och har dessutom en dålig långtidsprognos (Dontje, et al., 2013) då tillståndet är orsak till dödlighet och sjukdom (Guimarães, Carvalho, Torlai & Bocchi, 2010). Det förväntas att antalet drabbade kommer att öka drastiskt under kommande decennier till stor del på grund av en åldrande befolkning men även framsteg inom behandling av hjärtsjukdomar (Gary, Cress, Higgins, Smith & Dunbar, 2011).

Hjärtsvikt är en sjukdom som följer de drabbade genom hela livet. Dessa personer påverkas negativt av sin sjukdom då den bidrar till problem i vardagen, exempelvis uppkommer det svårigheter att gå längre sträckor (Phil, Fridlund & Mårtensson, 2011b). Orsaken till detta är musklerna i kroppen som har en lokal syrebrist på grund av den bristande cirkulationen. Syrebristen leder till dyspné och trötthet samt nedsatt ork att utföra aktiviteter i det dagliga livet (Ericsson & Ericsson, 2008; Phil, Fridlund & Mårtensson, 2011b).

Patienterna har behov av att finna praktiska lösningar i vardagslivet och att hitta nya sätt att utföra aktiviteter som de tidigare har kunnat göra. Det finns även en övergripande oro hos patienterna att de på grund av sin begränsande fysiska kapacitet ska hamna i situationer där de kan äventyra sin hälsa eller förlora sin sociala roll i det dagliga livet (Phil, Fridlund & Mårtensson, 2011b). Arbetskapaciteten hos patienter med hjärtsvikt är cirka 50 – 75 % jämfört med friska personer i samma ålder. Denna fysiska försämring påverkar hälsorelaterad livskvalitet negativt (Phil, Cider, Strömberg, Fridlund & Mårtensson, 2011a). Minskad daglig fysisk aktivitet är en stark prediktor för mortalitet (Dontje et al., 2013).

Dessutom är följsamhet till behandling ett problem (Dontje et al., 2013). Patienter med hjärtsvikt upplever att de måste anstränga sig mer på grund av den minskade förmågan att utföra dagliga aktiviteter, men bara ett fåtal av dessa personer utövar någon form av motion

(Phil, et al., 2011a). Antalet personer med diagnosen hjärtsvikt fortsätter att öka vilket kräver upprepade sjukhusinläggningar och längre vårdtider. Patientutbildning är därför viktigt för att patienterna själva ska kunna hantera sin sjukdom (Fowler, 2012). För att sjuksköterskan ska kunna stödja och uppmuntra patienter med hjärtsvikt är det av vikt att inhämta kunskap om vad som motiverar eller hindrar patienter med hjärtsvikt till att vara följsam till sin behandling och de råd de får om egenvård.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Studien utgår från ett patientperspektiv, där vi utgår från en humanistisk människosyn där människan ses som ett subjekt, en autonom fri varelse med eget värde och personlig historia. För att sjuksköterskan tillsammans med patienten ska kunna fastställa patientens behov behövs ömsesidighet där båda parterna reflekterar över och delar med sig av sin kunskap (Friberg, Öhlen & Edberg, 2009). Ömsesidigheten behövs för att kunna utföra en personcentrerad vård där patienten är en del av planering och genomförande av vården. Patienten får då ett större ansvar över sin egenvård som leder till ett bättre samarbete mellan vårdpersonal och patient samt en effektivare egenvård (Hörnsten, 2012).

Joyce Travelbees omvårdnadsteori har sin grund i mellanmänskliga aspekter samt lägger tyngdpunkten på att bemötande och kommunikation mellan sjuksköterska och patient är av stor betydelse (Kirkevold, 2000). Bemötandet av patienten på dennes nivå spelar stor roll för hur relationen kommer att vara i fortsättningen. Sjuksköterskans uppgift är att inge hopp om framtiden, men samtidigt vara realistisk. Livssituationen kan komma att förändras genom att man drabbas av en sjukdom. Då är det viktigt att patienten känner stöd, uppmuntran samt tro på att det kommer bli bättre med tiden. Att hjälpa patienten att finna mening i det som sker och även ge möjlighet till personlig utveckling och stärka patientens hälsa är också viktigt. Sjuksköterskan ska kunna kommunicera tillsammans med patienten om hur denne ser på livet och hur det kommer att se ut i framtiden. Att bearbeta tidigare erfarenheter av sjukdom och lidande kan vara svårt varför det då underlättar att ha någon att prata med (ibid.).

Hjärtsvikt

Definition av hjärtsvikt

Hjärtsvikt kännetecknas av att hjärtat inte kan försörja kroppens alla vävnader med tillräcklig mängd syrerikt blod (Ericsson & Ericsson, 2008). Hjärtat förmår inte att dra ihop sig tillräckligt för att pumpa ut allt blod ur kamrarna. Det kan även bero på att hjärtat inte hinner fylla kamrarna tillräckligt med blod innan det pumpas ut i artärerna. Den vanligaste orsaken till hjärtsvikt är tidigare ischemisk hjärtsjukdom kombinerat med långvarig hypertoni. Anemi, infektion, tyreoidesjukdom och diabetes, som alla är hjärtbelastande tillstånd, kan också orsaka hjärtsvikt (ibid.).

Patofysiologi

Kamrarnas förmåga att vidgas och fyllas med blod kallas den diastoliska funktionen. Myokardiets, det vill säga muskellagrets, eftergivlighet har stor betydelse vid kamrarnas påfyllningskapacitet. Eftergivligheten påverkas av myokardiets allmänna skick som beror på om muskellagret är friskt och elastiskt eller sjukt, styvt och oelastiskt. Belastningen på myokardcellerna och trycket kamrarna utsätts för i diastole benämns med begreppet preload (Ericsson & Ericsson, 2008). Den vänstra kammarens förmåga att pumpa ut blod i aorta kallas för den systoliska funktionen. Under systole arbetar vänster kammarens myokardceller mot ett högt tryck när blodet ska pumpas ut i artärerna där det är ett stort perifert motstånd, vilket kallas afterload. Höger hjärthalva arbetar mot trycket i lungkretsloppet. Om det är högt tryck i vänster kammare i afterload går det bakåt och trycket ökar även i det lilla kretsloppet samt vener och kapillärer. Det höga trycket i afterload ökar kravet på vänster kammare och om kammaren inte klarar av arbetet mot det höga trycket sjunker hjärtminutvolymen. Kroppen kompenserar för att förhindra blodtryckssänkning genom perifer vasokonstriktion vilket även aktiverar sympaticus och renin-angiotensin-aldosteron-systemet (RAAS-systemet), vilket ytterligare ökar belastningen på vänster kammare (Ericsson & Ericsson, 2008).

Hjärtsvikt beror på en kammardysfunktion, vilket kan vara antingen höger- eller vänsterkammarsvikt. Vid systolisk dysfunktion är tömningsförmågan i vänster kammare nedsatt vilket leder till en underförsörjning av syrerikt blod till kroppens vävnader vilket medför minskad slagvolym och minutvolym samt bidrar till lungödem och dyspné som kan

leda till cyanos. Diastolisk dysfunktion innebär minskad förmåga att dilatera vid kamrarnas påfyllnadsfas. Högt motstånd inne i kamrarna i samband med oelastiska myokardceller bidrar till en nedsatt förmåga för kamrarna att vidga sig, vilket medför stasade halsvener och perifera ödem som senare kan utvecklas till ascites (Haugland, Hansen & Areklett, 2002).

Symtom

Det mest förekommande symtomet vid hjärtsvikt är dyspné. Patienten upplever då ett tryck över bröstet med samtidig hosta. Andra vanliga symtom är trötthet, perifera ödem, nedsatt prestationsförmåga, aptitlöshet och illamående (Ericsson & Ericsson, 2008). De symtom patienten upplever har ett samband med förändringar i musklernas metabolism. Musklerna har en lokal syrebrist på grund av den bristande cirkulationen som uppstår vid den långvariga sympatikusaktiveringen. Syrebristen leder till dyspné och trötthet (Clark, Poole-Wilson & Coats, 1996; Ehrenkrona & Öman, 1994). Hjärtsviktssymtomen kan i sin tur leda till sömnlöshet, depression och ångest hos patienten (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011).

Svårighetsgraden av hjärtsjukdomen klassificeras utifrån New York Heart Association (NYHA) Functional Classification där man utgår från antalet symtom och begränsningen till ansträngning vid olika grad av fysisk aktivitet (Hernborg, 2010);

- NYHA I Patienten känner inga symtom men en nedsatt vänsterkammarfunktion kan upptäckas vid en hjärtundersökning.
- NYHA II Vid kraftig ansträngning upplevs symtom som andfåddhet och trötthet.
- NYHA III Symtom upplevs vid lätt eller måttlig ansträngning, vid påklädning eller promenad i lätt uppförsbacke.
- NYHA IV Andfåddhet och trötthet upplevs redan i vila eller efter minsta ansträngning. Patienten är ofta sängliggande till följd av sjukdomen.

Sjukdomens inverkan på patientens livssituation

Enligt Hjärt- och lungfonden (Leva med hjärtsvikt, 2011) är hjärtsvikt en sjukdom som påverkar hela kroppen. Som en följd av sjukdomen medförs inte bara de fysiska symtomen. Insikten att ens hjärta har försämrade pumpförmåga och kraft kan vara skrämmande då

patienten får en ökad medvetenhet om sin dödlighet, vilket i sin tur kan leda till psykiska och emotionella påfrestningar samt att existentiella frågor kan uppkomma. Eftersom hjärtsvikt är en livsstilsjukdom kan försämringen som sjukdomen leder till ofta innebära en förändring av livsvärlden för personen. Hjärtsvikt är en sjukdom som, på grund av symtomen, hela tiden gör sig påmind i patientens vardag. Att leva med hjärtsvikt kan vara påfrestande genom de livsstilsförändringar och behandlingsrekommendationer som bör följas. Genom detta ställs krav på patienten när det gäller ökad kunskap och aktivt intresse i sin behandling men också ansvarstagande för sin egenvård. Hjärtsvikt är en sjukdom som leder till mindre ork men tillståndet kan påverkas genom att använda ordinerade läkemedel och ändra livsstil (ibid.).

Behandlingsstrategier

Studier om hjärtsvikt har traditionellt fokuserat på att hejda sjukdomsförloppet men det är få studier som har fokuserat på rapportering av strategier för att dämpa hjärtrelaterade funktionshinder (Gary, et al., 2011). Behandlingen av patienter med hjärtsvikt utgår från att minska symtomen, öka livskvaliteten, förbättra arbetsförmågan, förebygga komplikationer, minska behovet av sjukhusvård samt förlänga överlevnaden (Hernborg, 2010).

Den medicinska behandlingen är symtomlindrande men förhindrar även att sjukdomen försämras. ACE-hämmare (angiotensin converting enzyme-hämmare) avlastar hjärtat genom att hämma RAAS-aktivering, vilket sänker blodtrycket, dilaterar kärlen samt ökar diuresen vilket leder till minskade ödem. Mot andnöd ges diuretika som ökar njurarnas utsöndring av natrium och vatten och därmed diuresen som i sin tur reducerar blodvolymen samt minskar fyllnadstrycket och ödemtendensen. Betablockerare avlastar hjärtat genom att reducera sympatikusstimuleringen av myokardiet vilket leder till att hjärtfrekvensen minskar, energiförbrukningen går ner samt att myokardcellerna arbetar långsammare och effektivare. Digitalispreparat har en viktig del i behandlingen mot hjärtsvikt då de förbättrar hjärtats pumpförmåga genom att stärka kontraktionsförmågan. Aktiviteten i sinusknutan sänks och pulsfrekvensen minskar vilket gör att hjärtat får längre tid på sig att fyllas i diastole (Ericsson & Ericsson, 2008; Haugland, Hansen & Areklett, 2002).

För att förbättra sin livssituation och öka möjligheterna att överleva en längre tid med hjärtsvikt rekommenderas rökstopp för rökare. Den viktigaste åtgärden för att förbättra livssituationen är att röra på sig regelbundet (Hernborg, 2010) därför är det viktigt att

uppmuntra patienterna att motionera regelbundet (Haugland, Hansen & Areklett, 2002). Träningens metabola, hemodynamiska och psykosociala effekter kan uppnås hos hjärtsviktpatienter. Goda resultat av flera hjärtrehabiliteringsprogram har visats bland annat på arbetsförmåga, syreupptagningsförmåga och återgång i arbete (Ehrenkrona & Öman, 1994). Fysiska aktiviteter har visat sig förbättra patientens kondition och även minska de besvärande symtomen andnöd och trötthet (Haugland, Hansen & Areklett, 2002). Övervikt är ett tillstånd som är arbetsamt för hjärtat och rekommendationen att gå ned i vikt blir då angelägen. Vid uttalad hjärtsvikt är däremot undernäring vanligare på grund av dålig matlust, illamående och sämre näringsupptag i svullna tarmar. För att må bättre bör de flesta personer med hjärtsvikt undvika att salta maten, då ett för stort intag av salt kan öka svullnaden i kroppen vilket belastar hjärtat och förvärrar hjärtsvikten. Rådet när det gäller vätskeintag är begränsning till 1,5 till två liter per dygn. En regelbunden viktkontroll två till tre gånger i veckan är viktig för att kontrollera att kroppen inte samlar på sig överskottsvätska. Varje dag bör man också känna på ben och vrister om dessa är svullna. (Leva med hjärtsvikt, 2011).

Enligt Coats, Adamopoulos, Meyer, Conway och Sleight (1990) bör den allmänna uppfattningen om att vila utgör grunden för behandling av kronisk hjärtsvikt inte längre godtas (ibid.). Tidigare räknades träning som kontraindikation vid tecken på hjärtsvikt. Detta synsätt har gradvis ändrats då det under senare år har visat sig att vissa patienter med måttlig hjärtsvikt har nytta av att träna (Haugland, Hansen & Areklett, 2002). Statens folkhälsoinstitut (2012) rekommenderar minst 30 minuter fysisk aktivitet per dag av måttlig intensitet, motsvarande till exempel en rask promenad (ibid.). Den maximala syreupptagningsförmågan är 40 % mindre än hos friska personer (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Fysisk träning är en lättillgänglig åtgärd som inte utnyttjas i så hög grad som den skulle kunna göra. Det är en grundläggande åtgärd man skulle kunna uppmuntra till vid många sjukdomar (Ehrenkrona & Öman, 1994). Daglig fysisk aktivitet ingår i många delar i livet. Eftersom fysisk aktivitet kan vara relaterad till yrket, fritiden, hushållet, personlig omvårdnad och transporter till aktiviteter, kan det vara lättare att passa in sådan aktivitet i vardagen än ett träningspass (Dontje et al., 2013).

Teori om egenvård

Egenvård har ett målinriktat syfte och beskrivs av Orem (2011) som de handlingar en patient utför medvetet för att behålla den egna hälsan, livet och välbefinnandet. Orem framställer de

mänskliga egenvårdsbehoven i tre kategorier, de universella egenvårdsbehoven, de utvecklingsbara egenvårdsbehoven samt egenvårdsbehoven vid hälsoproblem. De universella egenvårdsbehoven innefattar vatten, luft och mat vilka är essentiellt för upprätthållande av mänskligt liv. De utvecklingsbara egenvårdsbehoven kan vara bundna till patientens olika utvecklingsprocesser men förändrar sig under livets gång. Den sista kategorin är egenvårdsbehov vid hälsoproblem och dessa finns specifikt hos de patienterna som är drabbade av sjukdom eller skada (ibid.).

Centralt i Orem's egenvårdsteori är att lära sig leva med sin sjukdom genom att hitta en livsstil och en meningsfull tillvaro som främjar personlig utveckling. Särskilt viktigt är att acceptera situationen som uppstått och förstå behovet av omvårdnad för att öka medvetenheten om sin sjukdom. Orem beskriver en beteendemässig process som börjar med kännedom om sitt hälsotillstånd och önskan om att själv tillgodose sitt behov av egenvård. Att utveckla strategier för att hantera situationen samt genomföra och följa rekommenderade råd om åtgärder ingår även i processen. Det är en viktig förutsättning att patienten har en god självkännedom och förmåga att reflektera över vad som påverkar egenvårdsförmågan, men också att kunna prioritera och sätta upp mål med egenvården. Orem betonar även motivation som en viktig del för att utföra egenvårdshandlingar (Orem, 2001).

Den betydelsefulla handlingskapaciteten är något som patienter som utför egenvård anses ha, vilket ger styrka att medvetet påverka de faktorer som berör den egna utvecklingen och funktionen i olika miljöer. Om det uppstår obalans mellan egenvårdskapacitet och kraven på egenvård kan egenvårdsbrist uppstå. Det är viktigt att stödja patientens kapacitet till egenvård och försöka låta personen utföra egenvården själv för att behålla självkänsla och utveckling (Orem, 2001).

Inom sjuksköterskans arbetsområde ingår att främja hälsa samt förebygga ohälsa och det är viktigt att personal inom sjukvården får möjlighet att öka enskilda patienters välbefinnande och lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). Livssituationen kan komma att förändras genom att man drabbas av en sjukdom. Sjuksköterskan ska kunna bedöma patienters förmåga till egenvård samt undervisa och stödja patienter med syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa (Edberg & Wijk, 2009).

Syfte

Syftet med studien var att belysa hinder och möjligheter för fysisk träning och annan egenvård hos patienter med hjärtsvikt.

Metod

Studien utfördes som en litteraturöversikt inkluderande åtta artiklar. En litteraturöversikt är enligt Friberg (2012) ett strukturerat arbetssätt som används för att bilda en översikt av ett utvalt område. Översikten bildas genom att insamlad data bestående av publicerade forskningsresultat och vetenskapliga artiklar inom ett område analyseras och sammanställs (ibid.).

Urval och datainsamling

Vid litteratursökningen användes databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo. De sökord och söktermer som användes var *heart failure*, *exercise*, *physical education and training* i PubMed och Cinahl (Tabell 1 och 2), *physical education* i PsycInfo (Tabell 3), *motivation*, *information*, *adherence* samt *nurs**. Heart failure valdes som sökord då studien inriktar sig på patienter med hjärtsvikt. Exercise samt physical education and training/physical education användes då studien inriktades på fysisk träning. Physical education and training användes i PubMed och Cinahl, medan söktermen physical education användes i PsycInfo på grund av skillnader i databasernas ämnesordlistor. Sökordet motivation inkluderades för att undersöka vad som motiverar patienterna till att följa råd från vårdpersonal. Sökordet information inkluderades för att undersöka vilken information patienterna är i behov av. Adherence användes som sökord för att undersöka vad som påverkar patienternas följsamhet. Vid de tillfällen som antalet sökträffar behövde begränsas användes sökordet *nurs**, vilket trunkerades för att få med resultat för både nurse och nursing. Vid sökningen användes boolesk söklogik, vilken är en teknik som används när sökningar görs med fler än ett sökord. Operatören AND används för att koppla ihop två sökord och hitta artiklar som använder båda

sökorden. Vid samtliga sökningar inkluderades endast artiklar från de senaste fem åren då en bild av det aktuella kunskapsläget eftersöktes.

Hur sökningen och urvalet av artiklar skedde framgår i tabell 1. Initialt valdes de artiklar ut vars titel ansågs beröra studiens syfte. Abstrakten till dessa artiklar lästes för att bedöma om de svarade på syftet. De artiklar vars abstrakt svarade på syftet fick utgöra urval 1. Dessa var totalt 22 st, varav sju var av kvalitativ karaktär och 15 av kvantitativ karaktär. Utvalda artiklar lästes och kvalitetsgranskades enligt utarbetade granskningsmallar (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Detta innebar att ett granskningsprotokoll med 14 kriterier användes för de artiklar med kvalitativ metod och ett med 16 kriterier för de med kvantitativ metod. För varje uppfyllt kriterium tilldelades artikeln ett poäng. Artikeln tilldelades en kvalitetsgrad efter hur många procent av kriterierna som uppfyllts. Efter granskningen valdes de artiklar med bäst kvalitet och som bäst besvarade syftet ut för att användas i studien (Urval 2). Artiklar med kvalitetsgrad över 70 % inkluderades i studien. Detta resulterade i totalt 8 artiklar. Artiklar använda i resultatet har markerats med en asterix (*) i referenslistan och sammanfattats i en matris (Bilaga 1).

Tabell 1. Litteratursökning i PubMed

Sökning PubMed	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
#1	"Heart failure"	44 895	-	-	-
#2	"Heart failure" AND "motivation"	76	76	8	4
#3	"Heart failure" AND "information"	2 191	-	-	-
#4	"Heart Failure" AND "information" AND "nurs*"	139	-	-	-
#5	"Heart failure" AND "exercise"	2 683	-	-	-
#6	"Heart failure" AND "information" AND "exercise"	151	-	-	-
#7	"Heart failure" AND "information" AND "exercise" AND "nurs*"	9	9	0	-
#8	"Heart failure" AND "information" AND "adherence"	81	81	3	1
#9	"Heart failure" AND "exercise" AND "adherence"	84	84	4	2
#10	"Heart failure" AND "Physical Education and Training" (MESH)	38	38	1	0

Tabell 2. Litteratursökning i Cinahl

<i>Sökning Cinahl</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Granskade</i>	<i>Urval 1</i>	<i>Urval 2</i>
#1	"Heart failure"	8 352	-	-	-
#2	"Heart failure" AND "motivation"	18	18	0	-
#3	"Heart failure" AND "information"	489	-	-	-
#4	"Heart Failure" AND "information" AND "nurs*"	98	98	3	0
#5	"Heart failure" AND "exercise"	617	-	-	-
#6	"Heart failure" AND "information" AND "exercise"	27	27	0	-
#7	"Heart failure" AND "information" AND "adherence"	28	28	0	-
#8	"Heart failure" AND "exercise" AND "adherence"	28	28	2	1
#9	"Heart failure" AND " "Physical Education and Training" (CINAHL Headings)	3	3	-	-

Tabell 3. Litteratursökning i PsycInfo

<i>Sökning PsycInfo</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Granskade</i>	<i>Urval 1</i>	<i>Urval 2</i>
#1	"Heart failure"	1 057	-	-	-
#2	"Heart failure" AND "motivation"	4	4	0	-
#3	"Heart failure" AND "information"	116	-	-	-
#4	"Heart failure" AND "information" AND "nurs*"	31	31	2	0
#5	"Heart failure" AND "exercise"	81	81	0	-
#6	"Heart failure" AND "information" AND "exercise"	11	11	0	-
#7	"Heart failure" AND "information" AND "adherence"	3	3	0	-
#8	"Heart failure" AND "exercise" AND "adherence"	9	9	0	-
#9	"Heart failure" AND " "Physical Education" (Thesaurus)	3	3	0	-

Dataanalys

Inledningsvis lästes artiklarna igenom flera gånger för att få en förståelse för och helhet av innehållet (Friberg, 2012). Artiklarna sammanfattades i en matris (Bilaga 1) för att ge en överskådlig bild av deras innehåll. Vid själva analysen av data antogs en induktiv ansats vilket innebar att artiklarna återigen lästes och studerades ett flertal gånger samtidigt som en sökning efter teman relaterade till syftet gjordes (Friberg, 2012). Olika teman kunde ses och tillhörande texter tilldelades varsin färg. Sedan gjordes en jämförelse mellan artiklarnas resultat för att hitta likheter och skillnader i studierna relaterat till varje tema.

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) ska sjuksköterskan utgå från ett etiskt förhållningssätt samt visa respekt för olika värderingar. Viktigt är även att tillämpa andras kunskaper och erfarenheter för att bidra till en helhetssyn på patienten. Sjuksköterskan har en skyldighet att följa gällande forskningsetiska konventioner för att ta fram ny kunskap och följa beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005).

Helsingforsdeklarationen innebär skyldighet att inte förvrida resultaten som framkommer i studien. Både positiva såsom negativa resultat ska redovisas och de som publicerar en studie har etiska skyldigheter att bevara tillförlitligheten i resultatet. Vid en litteraturstudie förekommer ingen kontakt med försökspersoner och då uppstår inga etiska dilemman med personer (Helsingforsdeklarationen, 2008). En förutsättning för att forskningen ska vara trovärdig är att metoder och de framkomna resultaten som publicerats kvalitetsgranskas. Detta görs genom att granska hur analysen av data gått till, vilka metoder som använts, vilka uppgifter som ingår i analysen samt hur eventuella bortfall har hanterats och redovisats (Vetenskapsrådet, 2003). Det är även av stor betydelse att artiklarna har ett etiskt resonemang kring sin forskning och har genomgått en bedömning vid en forskningsetisk kommitté.

I förekommande studie har alla resultat som varit relevanta för syftet framhållits. Samtliga artiklar har granskats enligt granskningsmallar utarbetade av Willman, Stoltz & Bahtsevani, (2011). Vid val och analys av artiklar har hänsyn tagits till metod, antalet deltagare, inklusions- och exklusionskriterier.

Resultat

Analysen av de åtta artiklarna resulterade i tre teman som benämns hinder och möjligheter till följsamhet av fysisk träning, hinder och möjligheter till följsamhet av medicinering samt hinder och möjligheter till följsamhet av kost- och vätskerestriktioner. I dessa teman beskrivs möjligheter och hinder till följsamhet i olika delar av egenvården vid hjärtsvikt.

Hinder och möjligheter till följsamhet av fysisk träning

I en kvalitativ studie undersökte Tierney, et al. (2011) med hjälp av semistrukturerade telefonintervjuer varför 22 personer med hjärtsvikt ägnar sig eller inte ägnar sig åt regelbunden fysisk träning. Ett vanligt hinder för att vara fysiskt aktiv var hjärtsviktssymtom såsom dyspné och trötthet. De patienter som inte var fysiskt aktiva angav att de hade slutat på grund av att deras hjärtsvikt hade försämrats och de var rädda för att överanstränga sig och försämra sin hjärtsvikt ytterligare. Många av de inaktiva patienterna angav att avtagande aktivitet var en naturlig del av åldrandet och beskrev sig även som icke sportiga eller att de inte var gympersoner. En del av patienterna kände inte att hjärtsvikten var en viktig komponent i deras liv då de inte kände någon smärta av hjärtsvikten. Dessa individer angav att de inte var fysiskt aktiva på grund av andra besvär som till exempel artrit. En del av patienterna var osäkra över hur mycket de kunde träna utan att förvärra sin hjärtsvikt. Endast två av patienterna kunde komma ihåg att deras läkare hade uppmuntrat dem till att träna regelbundet. När patienterna frågade sjukvårdspersonal om träning fick de ofta svar i abstrakta termer såsom ”gör så mycket du kan” eller ”träna så mycket som känns bekvämt”. Dessa patienter önskade mer konkreta råd om träning (ibid.).

Liknande resultat fick Tully, Morgan, Burke och McGee (2010) i sin kvalitativa studie där de med semistrukturerade intervjuer i grupp undersökte vilka erfarenheter 15 personer hade av strukturerade hjärtrehabiliteringsprogram. Deltagarna i deras studie kände sig osäkra över hur mycket de kunde träna och var gränsen gick. De var även rädda för vilka konsekvenser det skulle få om de gick över den okända gränsen (ibid.).

Hjärtrehabiliteringsprogram var uppskattade både i studien av Tierney et al. (2011) och i studien av Tully, et al. (2010) då patienterna kunde träna och ändå känna sig säkra eftersom det fanns sjukvårdspersonal närvarande som kunde hjälpa till med rådgivning och om akuta situationer uppstod. Två av deltagarna i studien av Tully, et al. (2010) var tydliga med att deras självsäkerhet hade förbättrats betydligt under programmet och att de hade lärt sig hur mycket de kunde träna, vilket de inte visste innan programmet påbörjades.

Tully, et al. (2010) fann även att mer träningstid ledde till att deltagarna förbättrade sin funktionsförmåga och livskvalitet, vilket var positivt enligt deltagarna. En förbättrad livskvalitet kan få en negativ effekt på egenvården enligt studien av Peters-Klimm, et al. (2013). De gjorde en tvärsnittsstudie där de med hjälp av 318 deltagare försökte att identifiera potentiella avgörande faktorer för egenvård hos patienter med stabil systolisk hjärtsvikt. Deltagarna hade i början av studien en genomsnittligt bra följsamhet utan signifikanta skillnader mellan könen. Resultatet visade att dålig följsamhet till egenvård hade ett samband med förekomst av perifer artärsjukdom och hög livskvalitet. Bra följsamhet däremot hade en koppling till låg livskvalitet, hög self-efficacy, genomgången hjärtklaffsoperation, hög ålder samt stort sjukvårdsbehov (ibid.).

I studien av Tierney, et al. (2011) upplevde flera av deltagarna att det var lättare att hålla motivationen uppe vid träning i grupp och att de uppskattade mötet med andra personer i samma sats som de själva. Samma synpunkter fick Duncan, Pozehl, Norman och Hertzog (2011) i sin randomiserade kontrollerade studie där 20 personer fick testa ett kombinerat träningsprogram under 24 veckor. De mätte effekten av olika strategier för att öka följsamheten till träning och kom fram till att den bästa strategin var just träning i grupp. Träning i grupp kan höja patienternas självförtroende genom att de får dela sina träningserfarenheter med varandra. Delade erfarenheter kan hjälpa patienterna att forma realistiska förväntningar av träningsprogram som i sin tur kan förbättra följsamheten (ibid.). Likaså upplevde deltagarna i studien av Tully, et al. (2010) att mötet med andra personer med samma sjukdom minskade deras känslor av ångest och ensamhet samt att möjligheten att få prata med personer i samma sats som de själva gjorde att det blev lättare att acceptera sin egen sjukdom. Deltagarnas isoleringskänsla minskades även när de kände att personalen på rehabiliteringsprogrammet hade fokus på dem och deras behov (ibid.).

I studien av Tully, et al. (2010) rådde det delade meningar om hur det gick att fortsätta träna på egen hand efter avslutat hjärtrehabiliteringsprogram. En del deltagare kände sig vilsna och tyckte att det var svårt att hålla motivationen uppe när de själva var ansvariga för sin träning. En del kände istället att de inte var i behov av extra motivation utan kunde uppehålla träningsregimen på egen hand (ibid.).

I studien av Duncan, et al. (2011) uppnådde patienterna, trots ett utmanande träningsprogram som omfattade två typer av träning, fem gånger i veckan i 24 veckor, 75 % av målet för träningsfrekvens och 5 % över målet för varaktighet och intensitet. Träningsfrekvensen tenderade att sjunka under studien. Träningsfrekvensen var högst de första tio veckorna och lägst de sista fyra veckorna av studieperioden. Följsamheten till fysisk träning ökade från genomsnitt 3,0 vid studiestart till ett medelvärde på 3,97 vid vecka 24. Ett samband observerades mellan patienternas betyg på pulsklockor och gruppstödsamtal samt antalet kombinerade träningspass. Patienter som gjorde fler träningspass satte högre betyg på pulsklockor medan patienter som gjorde färre träningspass rapporterade gruppmöten som mer användbart (ibid.).

Tierney, et al. (2011) fann att de patienter som tränade regelbundet kände att de lättare kunde utföra sina dagliga sysslor om de höll sig rörliga. De kände även tydliga resultat som till exempel ökad muskelstyrka och minskad yrsel samt angav att deras önskan om att återfå sin tidigare ork motiverade dem till att träna regelbundet. De fortsatte ofta med de aktiviteter de uppskattat innan de fick sin hjärtsviktsdiagnos, till exempel fotboll eller cykling, fast med en lägre intensitet. En del av patienterna tyckte att det var krävande att hålla en låg nivå på träningen och pressade då sig själva vilket ledde till utmattning. Bland patienterna var det speciellt männen som hade en ”allt eller inget”-attityd och kände sig omotiverade att träna på ett begränsat sätt (ibid.).

I studien av Tierney, et al. (2011) fann forskarna även att deltagare som tränade regelbundet inte uttryckte någon rädsla för sin sjukdom till skillnad från de deltagare som inte tränade. Deltagarna som tränade regelbundet tenderade även att prata optimistiskt om framtiden och angav att de själva var ansvariga för att uppehålla sin hälsa. Patienterna pratade även om hur viktigt det var att göra träningen till en rutin och en del av vardagen (ibid.).

Deltagarna i studien av Tierney, et al. (2011) uppgav att vädret hade en stor inverkan på deras fysiska aktivitet. De flesta av deltagarna tränade genom promenader vilket försvårades vid regn, kyla, is och hög värme. En del patienter hittade strategier för att hålla sig aktiva ändå genom att åka till stora varuhus där de kunde gå promenader inomhus (ibid.).

Guiraud, et al. (2012) gjorde en prospektiv randomiserad studie som värderade vilken effekt telefonbaserat stöd kring accelerationsmätningar hade på följsamhet till fysisk träning hos patienter med hjärtsjukdomar. Deras interventionsgrupp bestod av 19 deltagare som under åtta veckor fick bära en accelerationsmätare. Deltagarna blev sedan uppringda var 15:e dag för att utifrån accelerationsmätarens uppmätta resultat få stöd och feedback för fortsatt träning. Deltagarnas genomsnittliga träningstid ökade från 96 minuter i veckan till 137 minuter per vecka. Interventionsgruppens förbrukade energi ökade från 430 kilokalorier i veckan till 544 kilokalorier per vecka. Målet var att deltagarna i slutet av studien skulle träna minst 150 minuter i veckan vilket nåddes av 37 % av deltagarna, vilket var mer än dubbla antalet jämfört med början på studien. Även de deltagare som endast tränade 90 minuter eller 120 minuter i veckan ökade sin träningstid betydligt från 47 % till 69 % jämfört med 26 % till 58 %, vilket visar att patienterna drog stor nytta av att få stöd och feedback regelbundet angående sin träning.

Hinder och möjligheter till följsamhet av medicinering

Jaarsma, Nikolova-Simons och van der Wal (2012) utförde en studie på åtta sjuksköterskor som fick ett patientfall där en patient med hjärtsvikt inte var följsam till sin behandling. Författarna ville undersöka varför patienter inte var följsamma till behandling och inte var uppmärksamma på sina symtom och även patienternas intresse och motivation till förändring. Sjuksköterskorna fick sedan ge förslag till nya metoder för att öka patientens följsamhet till behandling. I studien fann författarna att då patienterna fick hjälp med praktiska verktyg, ökat socialt stöd och alternativ kommunikation förbättrades följsamheten till medicinering och symtomövervakning (ibid.).

van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst och van Veldhuisen (2010) gjorde en kvalitativ studie som undersökte 15 deltagares skäl och motivation till följsamhet av medicinering, natriumreducerad kost, vätskerestriktioner och daglig vägning samt en utvärdering av hur

patienterna hanterar hjärtsviktsregimen i det dagliga livet. Praktiska lösningar var också något som mer än hälften av patienterna tyckte bidrog till att det blev lättare att ta och komma ihåg sina mediciner. Det kunde vara att de använde en dosett eller hade tablettorna på ett synligt ställe (ibid.).

Sjuksköterskorna i studien av Jaarsma, et al. (2012) betonade att det var viktigt att öka patientens kunskap och lära patienten att tillämpa dessa kunskaper genom att förklara, berätta, illustrera och diskutera med patienten för att förbättra följsamheten. Enligt sjuksköterskorna bör de diskutera de negativa konsekvenserna som kan uppstå av att inte ta ordinerade mediciner, men också förklara hur läkemedel fungerar och be patienten upprepa för att kontrollera förståelse (ibid.). Studien gjord av Granger, McBroom, Bosworth, Hernandez och Ekman (2012) var en pilotstudie med både kvalitativ och kvantitativ metod. Författarna undersökte teoretiska samband mellan upplevelse av symtom samt betydelsen av följsamhet till medicinering hos tio patienter med hjärtsvikt. I studien beskrivs att sjuksköterskor spelar en viktig roll för att underlätta följsamhet, men att patienters uppfattning om relationen mellan symtom och läkemedel är oklar (ibid.).

Många av patienterna i studien av Granger, et al. (2012) kände att sjukvårdspersonal lade för lite tid på att informera om medicinerna. Patienter är ofta inte medvetna om att många av medicinernas effekter inte går att se genom att symtomen minskar utan de har en hemodynamisk och fysiologisk effekt som patienten inte märker av. Sjukvårdspersonal tenderar att underskatta patienternas behov av information om medicinerna och kan då skapa falska förväntningar hos patienterna gällande symtomlindring (ibid.). Mer än hälften av patienterna beskrev i studien av van der Wal, et al. (2010) att de följde råden för att det gjorde att de mådde bättre eller för att de litade på råden de fick av läkare och sjuksköterskor. Vikten av att tillämpa och integrera kunskap i patientens dagliga liv var också något som framkom (ibid.) och som beskrevs som behovet av att diskutera med patienten vad som bäst skulle passa deras dagliga rutin (Jaarsma, et al., 2012). På detta sätt kunde sjuksköterskan uppmuntra patienten till eget ansvar gällande de förändringar som behövdes göras. Om sjuksköterskorna samtidigt respekterade patientens autonomi gällande beslut om livsstilsförändringar kunde det motivera patienten till förändring. Det var viktigt att få patienten att förstå att de ska göra det för sin egen skull och inte för någon annan, att patienten vill göra det för att förändra sina resultat (ibid.).

Gällande livslång medicinering beskrev patienterna i studien av Granger, et al. (2012) det som ett åtagande som var en del av livet. Generellt var andfåddhet eller trötthet de mest besvärliga symtomen som medicineringen riktades mot. Förväntningar av symtomlindring var ofta positiva och det gjorde att man klarade av vardagen bättre. En patient beskrev situationen som en önskan att undvika döden medan en annan inte trodde att medicinerna skulle hjälpa då han varit sjuk en längre tid (ibid.). I studien av Tully, et al. (2010) upplevde ingen av deltagarna problem med att hålla sig till den läkemedelsregimen som finns vid hjärtsvikt. De var tydliga med vikten av att ha en rutin kring sin medicinering och att man vande sig vid att ta sina tabletter (ibid.).

De flesta patienterna i studien av Granger et al. (2012) ansåg att läkemedlen var meningsfulla för symtomhantering och hjälpte dem att ta hand om sig själva och kunna göra mer i vardagen. Det fanns patienter som tog cirka 30 tabletter om dagen som i sin tur ledde till att de tappade tilltron till symtomlindring och undrade hur läkemedlen kunde hjälpa, vilket ledde till följsamhetsproblem (ibid.). Likaså i studien av van der Wal, et al. (2010) uppgav en tredjedel av patienterna att de hade svårigheter att ta vissa läkemedel. Diuretika var ett problem att ta på grund av frekvent miktions både under dagen och natten. Biverkningar från medicinerna var också ett problem och likaså att medicinerna hade olika namn beroende på olika tillverkare (ibid.).

Patienterna i studien av Granger, et al. (2012) förväntade sig att deras mediciner skulle lindra symtomen men när detta inte var uppenbart, uppstod en förlust av tilltro till läkemedlet. Majoriteten av patienterna tyckte att medicinerna var betydelsefulla för symtomlindring. Patienter som upplevde att mediciner var betydelsefulla för symtomlindring tenderade att vara mer följsamma (ibid.). van der Wal, et al. (2010) fann att den vanligaste anledningen till att följa hjärtsviktsregimen var en rädsla för återinläggning på sjukhus, vätskeretention och andra hjärtsviktssymtom.

Socialt stöd var en insats som kunde öka följsamheten, att engagera närstående som vårdgivare och hjälpa till att stötta patienten i vissa situationer (Jaarsma et al., 2012). Kommunikation är en viktig del av sjuksköterskans arbete. Att kommunicera på ett sätt som patienten förstår är av stor betydelse för att få med sig patienten i rätt riktning. För att anpassa hälsoinformation till patienten kan man använda sig av motiverande samtal för att få fram budskapet. Det räcker inte bara med att anpassa språket utan man kan också använda exempel

som ligger nära patientens verklighet. Enligt Jaarsma et al. (2012) borde patientundervisningen inkludera mindre muntliga instruktioner och mer tydliga, skriftliga instruktioner som patienterna kan använda sig av i hemmet. Vikten av att samarbeta med patienten mot gemensamma mål var särskilt viktigt för att bygga upp en förtroendefull relation och övervinna följsamhetsproblem (ibid.).

Hinder och möjligheter till följsamhet av kost- och vätskerestriktioner

van der Wal, et al. (2010) fann i sin studie att deltagarna inte följde råden om kost och vätskerestriktioner främst på grund av de negativa aspekterna som till exempel att den natriumreducerade kosten upplevdes sakna smak. De flesta av deltagarna medgav att de ibland avvek från råden vid speciella tillfällen som vid fester, restaurangbesök eller när de ville äta något salt och att det var lättare att följa råden i längden om de fuskade ibland (ibid.).

van der Wal, et al. (2010) fann även att de deltagare som levde med en partner som hjälpte dem med till exempel förberedning av medicindosetten eller att stötta dem till att begränsa sitt vätskeintag kände att det var lättare att hålla sig till regimen. Deltagarna upplevde att det vanligaste problemet med vätskerestriktionerna var törst, speciellt på somrarna, när de gick runt och kände sig törstiga hela dagarna. Patienterna tipsade om att sprida ut vätskeintaget över dagen och att mäta vätskeintaget. De tipsade även om att använda väldigt kalla drycker, hemgjorda isglassar och isbitar för att minska törsten (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet med kandidatuppsatsen var att undersöka hinder och möjligheter för att följa råd om egenvård. Genom resultatet anser författarna sig ha fått en god kunskap om vad som ses som hinder och möjligheter för följsamhet samt vad som gör patienterna motiverade att följa råd om egenvård.

Valet av metod bestod av en litteraturstudie vilket var den metod som ansågs vara mest lämpad. En empirisk studie uteslöts då den är mer tidskrävande än tiden som fanns till förfogande för att utföra studien. En intervjustudie skulle ha kunnat ge en bättre uppfattning om enskilda personers hinder och möjligheter till egenvård vid hjärtsvikt istället för att granska tidigare forskning. Genom att följa Fribergs modell (2012) för en litteraturstudie har författarna fått en vidgad uppfattning om hur ett stort antal personer upplever livet med hjärtsvikt och hur de anpassar sig till egenvården.

Efter sökningen och granskningen av artiklar inkluderades åtta studier för analys. Författarna valde att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa studier. Detta grundades på resonemanget om att författarna ville få det djup som den kvalitativa metoden bidrar med och även den bredd som den kvantitativa metoden ger. De kvalitativa artiklarna använde sig av intervjuer och de kvantitativa artiklarna byggde på frågeformulär som datainsamlingsmetod som bidrog till en ökad förståelse för ämnet.

I den artikelsökning som gjordes begränsades sökandet till artiklar från de senaste fem åren då en bild av det aktuella kunskapsläget eftersöktes. Dessa kriterier valdes utifrån att författarna ville ha relevant och uppdaterad forskning.

De slutgiltigt utvalda artiklarna härstammar från en rad olika länder, såsom USA, Kanada, Frankrike, Tyskland, Storbritannien, Irland och Nederländerna, vilka har varierande kultur och olika sätt att se på egenvård. Detta gör att resultatet bör kunna vara överförbart till bland annat personer i Sverige. Om studierna hade utförts i exempelvis utvecklingsländer hade resultatet i studien sannolikt kunnat se annorlunda ut, dels på grund av dessa länder inte har samma ekonomiska stabilitet men kanske inte heller samma möjlighet till hälso- och sjukvård. Förmodligen har utvecklingsländer olika vårdformer och andra försäkringssystem vilket gör att egenvården, men även upplevelsen av hjärtsvikt, kan skilja sig från andra som lever i ett ekonomiskt stabilt land. Det hade varit intressant att ha med studier utförda i Sverige då författarna känner rådande kultur och normer och lättare kan förhålla sig till det. Det inneboende värdet i artiklarna är överlag lika och att studierna kompletterar varandra på ett bra och koncist sätt då effekterna av hjärtsvikt är detsamma oavsett var i världen någon drabbas.

Då författarna valde att använda sig av Willman, Stoltz och Bahtsevani's mallar (2011) för granskning av artiklar kunde de noggrant säkerställa deras kvalitet. Granskningsmallarna gjorde det lättare att sälla bland artiklarna som ansågs svara på syftet genom att exkludera de som inte höll tillräckligt god kvalitet.

Fribergs modell (2012) användes för analys av artiklarna. Under artikelanalysen framkom tre olika teman som bildade resultatet i examensarbetet. Genom analysmetoden lärde författarna känna artiklarnas innehåll och kunde på ett så rättvist och objektivt sätt som möjligt få fram temana från de olika studierna. Metoden var bra och var till stor hjälp då teman ledde till en ny helhet som under läsningen av artiklarna inte kunnat förutsägas.

Diskussion av framtaget resultat

Enligt Hjärt- och lungfonden (Leva med hjärtsvikt, 2011) och som nämns i bakgrunden gör sig hjärtsvikten påmind i vardagen, kan vara påfrestande att leva med och kräver livsstilsförändringar som personen inte alltid är helt beredd att genomföra. Patienten behöver därför ta ansvar för sin egenvård för att kunna främja hälsa och förebygga komplikationer från hjärtsvikten. Orem's egenvårdsteori (Orem, 2011) lyfter också fram betydelsen av att utveckla strategier för att följa rekommenderade åtgärder, vilket stämmer väl överens med vad deltagarna i två studier (Tierney, et al., 2011; Tully, et al., 2010) betonade, nämligen vikten av att göra egenvården till en rutin i vardagen. Det stämmer även överens med vad Dontje, et al. (2013) säger om att fysisk aktivitet ingår i många delar av vardagen. Det kan vara lättare att öka mängden av den fysiska aktivitet som naturligt finns i ens vardag än att passa in ett träningspass i sitt schema (ibid.). Detta kan till exempel göras genom att öka tiden som spenderas till städning, tvättning, trädgårdsarbete eller att cykla eller gå istället för att ta bilen. Genom att öka mängden naturligt förekommande fysisk aktivitet kan det lättare bli en rutin än om patienten ska börja boka in träningspass. Resultatet visade att flera av deltagarna i studien av Tierney et al. (2011) och i studien av Tully et al. (2010) kände sig osäkra gällande fysisk träning och önskade mer kunskap för att våga träna vilket betyder att det är möjligt att dessa personer inte tränar överhuvudtaget och därför skulle dra stor nytta dels av information och utbildning men även av tips om att de kan få positiva resultat genom att öka på sin vardagsmotion.

Att utveckla strategier kring den rekommenderade egenvården är något som sjukvårdspersonal kan hjälpa till med då det på sjukhusavdelningar ofta förekommer inofficiella rutiner som används vid vård av, till exempel, patienter med vätskerestriktioner, såsom i exemplet nedan:

När en patient med vätskerestriktioner är inlagd på sjukhus brukar sjukvårdspersonalen ofta hjälpa patienten att hålla sig till restriktionerna genom att inte sätta fram en hel kanna vatten till patienten utan att istället endast sätta fram ett glas vatten åt gången och att använda små vattenglas istället för stora för att undvika en inbjudan till att dricka för mycket. En bra idé skulle kunna vara att göra patienten uppmärksam på att detta görs och varför, som ett tips som patienten sedan kan använda sig av i sitt eget hem för att underlätta för sig själv.

Peters-Klimm et al. (2013) fann ett samband mellan dålig följsamhet och högre livskvalitet vilket kan diskuteras bero på att om patienterna mår bra känner de inget behov av att följa egenvården för att må bättre vilket leder till sämre följsamhet. Marti et al. (2013) fann motsägande fakta. De gjorde en studie i USA där de bland 308 patienter med hjärtsvikt mätte hur följsamma patienterna var till egenvård. De delar av egenvården som var inräknade var fysisk aktivitet, medicinering, rökning, kost, vägning, alkohol samt symtom. De fann ett samband mellan högre livskvalitet och god följsamhet vilket skulle kunna bero på att en god följsamhet till egenvården har fått patienterna att må bättre och därigenom förbättrat deras livskvalitet.

Peters-Klimm et al. (2013) fann att god följsamhet hade ett samband med genomgången hjärtklaffsoperation, medan Marti et al. (2013) fann ett samband mellan god följsamhet och genomgången kranskärloperation. Dessa samband skulle kunna bero på att patienter som genomgått en hjärtoperation fått sig en tankeställare då en hjärtoperation är ett stort ingrepp som inte görs i onödan. De har genom att de varit tvungna att genomgå operationen insett allvaret i deras situation och på så sätt blivit mer följsamma till egenvården.

Peters-Klimm et al. (2013) och Marti et al. (2013) fann båda att patienter med högre ålder var mer följsamma till egenvården vilket skulle kunna bero på att patienterna troligtvis haft hjärtsvikt under en längre tid och med tiden lärt sig mer om sjukdomen och upptäckt att egenvården gör att de mår bättre.

Att högre ålder skulle ge bättre följsamhet sägs emot av Cocchieri et al. (2013) som gjorde en studie i Italien där 1192 patienter med hjärtsvikt medverkade. Syftet var att beskriva egenvården hos italienska vuxna med hjärtsvikt samt att identifiera faktorer som påverkade patienternas egenvård. De fann bland annat att patienterna med högre ålder hade sämre följsamhet. En sämre följsamhet hos äldre skulle kunna förklaras med att de inte längre har den fysiska förmåga att orka med fysisk träning som de yngre patienterna har. Syn- och hörselnedsättningar kan leda till missförstånd angående till exempel medicinering och kost men det kan även vara svårt för de äldre att hålla reda på sina olika mediciner på egen hand.

Gemensamt för flera av de analyserade studierna (Tierney, et al., 2011; Tully, et al., 2010; Granger, et al., 2012) var en okunskap hos patienterna gällande egenvården. I studien av Granger, et al. (2012) kände deltagarna att sjukvårdspersonal lade för lite tid på att informera om hjärtsviktsmedicinerna vilket har stor effekt på följsamheten hos patienterna. Om patienterna inte förstår vad medicinerna har för effekt och varför det är viktigt att ta dem regelbundet och i de angivna doserna är det inte underligt att de inte är följsamma till medicineringen. Behovet av kunskap gällande medicineringen är av betydelse. Orem's egenvårdsteori (Orem, 2001) poängterar även vikten av sådan kunskap som gör att patienten blir mer medveten om sin sjukdom och förstår sitt omvårdnadsbehov. Patientutbildning är således av stor betydelse.

Ett exempel på bra patientutbildning är hjärtrehabiliteringsprogram där deltagarna får träna i grupp och lära sig om hjärtsvikt samt de olika delarna av egenvården. Programmen uppskattades både av deltagarna i studien av Tierney, et al. (2011) och i studien av Tully, et al. (2010) då programmen ökade deras kunskap samt deras självsäkerhet. Något som var anmärkningsvärt i studien av Tierney, et al. (2011) var skillnaden på attityder mellan de deltagare som tränade regelbundet och de som inte tränade. De deltagare som tränade regelbundet uttryckte ingen rädsla för sin sjukdom till skillnad från de som inte tränade som uttryckte en rädsla för att förvärra hjärtsvikten genom träning, vilket kan bero på att de som inte tränar aktivt har en rädsla för det okända. De har inte testat sina gränser på samma sätt som de som tränar regelbundet vilket gör att de tvivlar på sin förmåga. Dessa patienter skulle kunna dra stor nytta av hjärtrehabiliteringsprogram där de kan träna i en säker miljö med sjukvårdspersonal närvarande (ibid.). Vikten av att sjuksköterskan stödjer patientens utveckling och självkänsla poängteras även av Orem (2001) för att undvika egenvårdsbrist

vilket uppstår när det blir en obalans mellan patientens kapacitet till egenvård och behov av egenvård (ibid.).

Sjuksköterskan kan uppleva att patienten behöver information eller utbildning men utan efterfrågan av dessa åtgärder från personen i fråga (Edberg & Wijk, 2009). Åtgärderna måste då erbjudas på ett sätt som inte kränker patientens integritet och då är det viktigt att finna sätt att kommunicera med patienten som väcker dennes intresse och behov av information och undervisning om sitt tillstånd. Motiverande samtal (MI) är ett effektivt verktyg för sjuksköterskan enligt Paradis, Cossette, Frasure-Smith, Heppell och Guertin (2010) där forskarna fann i sin studie att MI kan uppmuntra patienterna till följsamhet av egenvård (ibid.). Motiverande samtal kan vara en metod där personens självförtroende ökar och att viljan att förändras hittas vilket är viktigt för att öka men även bibehålla egenvård vid hjärtsvikt. Phil, Fridlund och Mårtensson (2011b) fann även i sin studie att tron på den egna förmågan i samband med realistiska förväntningar på framtiden präglades av en fysisk förändring för att kunna bibehålla funktioner som de tidigare haft (ibid.). Sjuksköterskan spelar en viktig roll när det gäller stöttning och motivering av patienter för att öka deras självförtroende och tro på sig själv för att få en bättre följsamhet av egenvård. Enligt Edberg och Wijk (2009) bör sjuksköterskan kunna beskriva vad som behövs för att en individ med ett kroniskt sjukdomstillstånd ska kunna påverka sina hälsa i positiv riktning samt agera på ett sätt som gör att personen förstår och kan tillämpa sina kunskaper praktiskt. Varje patient måste själv komma till insikt om vilka behov som finns i form av kunskap och färdigheter för att hantera sin situation. Det räcker inte med kunskap utan det behövs också färdigheter för att aktivt kunna genomföra olika typer av livsstilsförändringar (ibid.).

I studien av van der Wal, et al. (2010) upplevde deltagarna att det var lättare att följa egenvårdsregimen med hjälp av sina partners vilket stämmer överens med Travelbees teori (Kirkevold, 2000) om att stöd är viktigt för att patienterna ska få de resurser de behöver för att klara av den utmaningen som sjukdomen innebär och leva ett så normalt liv som möjligt. Studierna av Tierney, et al. (2011), Tully, et al. (2010) samt Duncan, et al. (2011) visar även dessa på att stöd är viktigt då deras deltagare uppskattade träning i grupp då de kunde motivera varandra, vara sociala och träffa människor med samma sjukdom som de själva. Vikten av stöd påvisades även i studien av Guiraud, et al. (2012) där stöd via telefon ledde till att deltagarna ökade sin träningstid.

En hjärtsjukdom påverkar livssituationen, vardagen förändras och rekommendationer ges att ändra sin livsstil (Ehrenkrona & Öman, 1994). Enligt Hjärt- och lungfonden (Leva med hjärtsvikt, 2011) är hjärtsvikt en sjukdom som påverkar hela kroppen. En person med hjärtsvikt drabbas inte bara av de fysiska symtomen som en följd av sjukdomen utan det medföljer även stor påfrestning på psyket (ibid.). Enligt Travelbees teori är information och stöd viktigt för att patienter ska få resurser att klara av utmaningen de står framför och att komma tillbaka till ett så normalt liv som möjligt. Att inge hopp om att det kommer bli bättre kan få personen att vara positiv till vad som kommer och klara av att leva ett så bra liv som önskas (Kirkevold, 2000).

För att nå patienten och påverka dennes sjukdomsbild måste informationen upprepas och komma från olika håll, både skriftligt och muntligt (Ehrenkrona & Öhman, 1994). Detta beskriver även Jaarsma et al. (2012) som betonade vikten av att öka patientens kunskap och lära patienten att tillämpa dessa kunskaper. Exempelvis genom att förklara, berätta, illustrera och diskutera med patienten samt att be om upprepning för att kontrollera förståelse för att på så sätt förbättra följsamheten (ibid.). Många av patienterna i studien av Granger, et al. (2012) kände att sjukvårdspersonal lade för lite tid på att informera om medicinerna. Sjukvårdspersonal tenderar att underskatta patienternas behov av information om medicinerna och kan då skapa falska förväntningar hos patienterna gällande symtomlindring (ibid.). Det är först när patienten fått insikt i och kunskap om sin sjukdom som patienten aktivt kan motiveras att ta ansvar för sin hälsa (Ehrenkrona & Öhman, 1994).

Undervisning och stöd till patienten och dess närstående är viktigt i syftet att främja hälsa och förebygga ohälsa men även för att motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Socialstyrelsen, 2005). Något som bör vara centralt för vårdpersonal är att ha en förståelse för patientens upplevelse av att leva med sin hjärtsjukdom. Patienter som upplever sig missförstådda kan bero på en bristande förståelse hos vårdpersonal. Personal inom vården borde ha kunskap om hur hjärtsvikt påverkar livet för patienterna för att kunna tillgodose patienternas vårdbehov vid hjärtsvikt.

Slutsats och kliniska implikationer

Resultatet visar hur viktigt det är att informera patienterna om hjärtsvikt, erbjuda dem stöd samt uppmuntra dem till att förändra sin livsstil. Patienterna måste få insikt i och kunskap om sin sjukdom för att kunna förväntas ta ansvar för sin egen hälsa. För att det ska fungera behöver patienten vara en del av planeringen och genomförandet av vården och sjuksköterskan behöver tillhandahålla de verktyg som patienten behöver för att vara kunna vara delaktig. Det är en utmaning för sjuksköterskan att arbeta med patienter som saknar eller har minskad motivation till egenvård eftersom patientens beteende kan försämrats om han eller hon inte känner av sjukdomen. Patienter med hjärtsvikt upplever en ändrad livssituation och använder sig av olika strategier inom egenvården för att kunna hantera livssituationen och vardagen. Patienternas vård skulle kunna förbättras om vårdpersonal får en ökad förståelse för patienters upplevelse av hjärtsvikt vilket kan skapa en bättre relation mellan vårdpersonal och patienter som kan leda till bättre följsamhet av behandling.

Studiens resultat är kliniskt betydelsefullt inom sjuksköterskans arbete gällande stöttning och uppföljning. Genom exempelvis gruppundervisning och fysisk aktivitet på recept är avsikten att patienter som genomför en livsstilsförändring kan främja sin hälsa men även öka motivationen.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författarna har varit delaktiga i samtliga delar i uppsatsen. Problemområde och bakgrund har Hanna tagit lite mer ansvar över medan Jessica haft lite mer ansvar över metod och litteratursökning. Resultat och diskussion av metod och resultat har författarna varit lika delaktiga i.

Referenser

Clark, A., Poole-Wilson, P. & Coats, A. (1996). Exercise limitation in chronic heart failure: Central role of the periphery. *Journal of the American College of Cardiology*. 28(5), 1092-1102.

Coats, A. J., Adamopoulos, S., Meyer, T. E., Conway, J. & Sleight, P. (1990). Exercise limitation in chronic heart failure: Central role of the periphery. *Lancet*. 335(8681), 63-66.

Cocchieri, A., Riegel, B., D'Agostino, F., Rocco, G., Fida, R., Alvaro, R. & Vellone, E. (2013). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* Doi: 10.1177/1474515113518443

Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2008). Revised version, adopted by the 59th General Assembly, Seoul, Korea. Hämtad 8 februari, 2013, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Dontje, M., van der Wal, M., Stolk, R., Brügerman, J., Jaarsma, T., Wijtvliet, P., van der Schans, C. & de Greef, M. (2013). Daily physical activity in stable heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Doi: 10.1097/JCN.0b013e318283ba14

*Duncan, K., Pozehl, B., Norman, J. & Hertzog, M. (2011). A self-directed adherence management program for patients with heart failure completing combined aerobic and resistance exercise training. *Applied Nursing Research*. 24, 207-214. Doi: 10.1016/j.apnr.2009.08.003

Edberg, A-K. & Wijk, H. (2009). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Ehrenkrona, N. & Öman, A. (red.) (1994). *Rehabilitering vid hjärt- och kärlsjukdomar*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I *Klinisk Omvårdnad. Del 1*, (2:a uppl.) s. 207-243, Almås, Stubberud, H. D. & Grønseth. R. (red.) Stockholm: Liber AB

Ericsson, E. & Ericsson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad, medicinsk behandling och patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Ericsson, E. & Ericsson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad & behandling*. (4:e uppl. Lund: Studentlitteratur.

Fowler, S. (2012). Improving community health nurses' knowledge of heart failure education principles. *Home Healthcare Nurse*. 30(2), 91-99. Doi: 10.1097/NHH.0b013e318242c5c7.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl.* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F., Öhlén, J. & Edberg, A. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Gary, R., Cress, E., Higgins, M., Smith, A. & Dunbar, S. (2011). Combined aerobic and resistance exercise program improves task performance in patients with heart failure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 92, 1371-1381. Doi:10.1016/j.apmr.2011.02.022

*Granger, B.B., McBroom, K., Bosworth, H.B., Hernandez, A. & Ekman, I. (2012). The meanings associated with medicines in heart failure patients. *The European Journal of Cardiovascular Nursing*. 12(3), 276–283. Doi: 10.1177/1474515112447734.

Guimarães, G., Carvalho, V., Torlai, V. & Bocchi, E. (2010). Physical activity profile in heart failure patients from a Brazilian tertiary cardiology hospital. *Cardiology Journal*. 17(2), 143-148.

*Guiraud, T., Granger, R., Gremeaux, V., Bousquet, M., Richard, L., Soukarié, L. & Pathak, A. (2012). Telephone Support Oriented by Accelerometric Measurements Enhances Adherence to Physical Activity Recommendations in Noncompliant Patients After a Cardiac Rehabilitation Program. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 93(12), 2141-2147. Doi: 10.1016/j.apmr.2012.06.027.

Haugland, T., Hansen, I. & Areklett, E. (2002). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I *Klinisk omvårdnad. Del 1*, s. 435-440, red. Almås, H. Stockholm Liber AB.

Hernborg, A. (2010). *Hjärtsvikt*. Hämtad 5 februari, 2013, från <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hjartsvikt/>

Hörnsten, Å. (2012). *Personcentrerad vård*. Hämtad 5 februari, 2013, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

*Jaarsma, T., Nikolova-Simons, M. & van der Wal, M.H.L. (2012). Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 41(6), 583-593. Doi:10.1016/j.hrtlng.2012.03.003.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier*. Lund: Studentlitteratur.

Leva med hjärtsvikt. (2011). Hämtad 8 december, 2013, från <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartsvikt/Leva-med-hjartsvikt/>

Marti, C. N., Georgiopolou, V. V., Giamouzis, G., Cole, R. T., Deka, A., Tang, W. H. W., Dubar, S. B., Smith, A. L., Kalogeropoulos, A. P. & Butler, J. (2013). Patient-Reported Selective Adherence to Heart Failure Self-Care Recommendations: A Prospective Cohort Study. *Prevention and management of congestive heart failure*. 19(1) s. 16-24. Doi: 10.1111/j.1751-7133.2012.00308.x

Orem D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6:e uppl.), St. Louis: Mosby Inc.

Paradis, V., Cossette, S., Frasure-Smith, N., Heppell, S. & Guertin, M-C. (2010). The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 25(2), 130-141.

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

Phil, E., Cider, Å., Strömberg, A., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2011a). Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: Effects on physical capacity and health-related quality of life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10, 150-158. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.03.002

Phil, E., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2011b). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 25, 3–11. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad den 5 februari, 2013, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Hämtad 6 februari, 2013, från [http://www.fhi.se/pagefiles/3158/fyss_08\(1\).pdf](http://www.fhi.se/pagefiles/3158/fyss_08(1).pdf)

Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Rekommendationer för fysisk aktivitet*. Hämtad 6 februari, 2013, från <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/Rekommendationer/>

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

*Tully, E.N., Morgan, K.M., Burke, H.M. & McGee, H.M. (2010). Patient Experiences of Structured Heart Failure Programmes. *Rehabilitation Research and Practice*. 2010, 1-6 Doi: 10.1155/2010/157939.

*van der Wal, M.H.L., Jaarsma, T., Moser, D.K., van Gilst, W.H. & van Veldhuisen, D.J. (2010). *Heart & Lung*. 39(2), 121-130. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.07.008.

Vetenskapsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning – forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Tryck: Almqvist & Wiksell Tryckeri, Uppsala. Hämtad 6 februari, 2013, från http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.