



# **Effekter av patientutbildning för patienter med hjärtsvikt**

En litteraturstudie

---

Effects of patient education for patients with heart failure  
A literature study

---

Elaine Edberg  
Mathilda Fahlström

---

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

---

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

---

Grundnivå/15 hp

---

Handledare: Anders Sidenblad

---

Examinerande lärare: Anna Nordin

---

Datum: 2016-04-01

---

## Sammanfattning

Titel:	Effekter av patientutbildning för patienter med hjärtsvikt- en litteraturstudie  Effects of patient education for patients with heart failure- a literature study
Fakultitet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskaper
Institution:	Institutionen för Hälsovetenskaper
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
Författare:	Elaine Edberg och Mathilda Fahlström
Handledare:	Anders Sidenblad
Sidor:	32
Nyckelord:	Patientutbildning, Hjärtsvikt, Egenvård, Livskvalité

Den vanligaste orsaken till återinläggningar bland äldre är hjärtsvikt. Patientutbildningar för patienter med hjärtsvikt kan vara av betydelse för hjärtsviktpatienters förmåga till egenvård. Patientutbildning syftar till att öka kunskapen om sjukdomen hos patienterna för att patienterna ska kunna bli självständiga, utföra egenvård och få större autonomi. *Syftet* med denna litteraturstudie var att undersöka effekter av patientutbildning i relation till hjärtsvikt. *Metoden* var en litteraturstudie som utarbetades från Polit och Becks niostegs modell. CINAHL och PubMed var de databaser där artiklarna söktes. Urvalet gjordes i tre steg. I urval tre kvalitetsgranskades artiklarna utifrån Polit och Becks granskningsmall. Efter granskning kvarstod elva kvantitativa artiklar som motsvarade studiens syfte. *Resultatet* redovisas i fyra huvudkategorier, kunskap om hjärtsvikt, förmågor till egenvård, påverkan på yttre faktorer och vårdberoende, som visar olika effekter av patientutbildning vid hjärtsvikt. *Slutsats* är att patientutbildning till stor del visat sig ha god effekt inom områden som till exempel sjukdomskunskap, egenvård och symptomhantering. Det har även visats att när familjen fått delta i patientutbildning har de goda effekterna förstärkts. Hjärtsviktpatienter har visat sig ha stor nytta av en patientutbildning.

## Innehåll

1. INTRODUKTION.....	4
1.1 Inledning.....	4
1.2 Bakgrund .....	4
1.3 Hjärtsvikt.....	4
1.3.1 Hjärtsviktens funktionsklasser.....	5
1.3.2 Träning vid hjärtsvikt .....	5
1.3.3 Nutrition vid hjärtsvikt .....	6
1.3.4 Förutsättningar för effekt av behandling vid hjärtsvikt .....	6
1.4 Livskvalité.....	6
1.5 Egenvård.....	6
1.6 Patientutbildning .....	7
1.6.1 Förutsättningar för patientutbildning.....	7
1.6.2 Patientens egenansvar.....	7
1.6.3 Sjuksköterskans roll .....	8
1.7 Problemformulering .....	8
1.8 Syfte .....	9
2. METOD.....	10
2.1 Litteratursökning .....	10
2.2 Inklusionskriterier .....	11
2.3 Exklusionskriterier .....	11
2.4 Urval 1.....	12
2.5 Urval 2.....	12
2.6 Urval 3.....	12
2.7 Databearbetning.....	12
2.8 Etiska överväganden.....	12
3. RESULTAT.....	14
3.1 Kunskap om hjärtsvikt.....	14
3.2 Förmågor till egenvård. ....	14
3.3 Påverkan på yttre faktorer .....	15
3.4 Vårdberoende .....	15
4. DISKUSSION .....	16

4.1 Resultatdiskussion.....	16
4.2 Metoddiskussion.....	18
4.3 Klinisk betydelse .....	19
4.4 Förslag till fortsatt forskning.....	20
4.5 Slutsats .....	20
5. REFERENSLISTA.....	21
Bilaga 1 Artikelmatris	

# 1. INTRODUKTION

## 1.1 Inledning

För personer över 65 år är den vanligaste orsaken till återinläggningar på sjukhus hjärtsvikt. En SIFO undersökning, som presenteras under socialstyrelsens nationella hjärtsviktsregister, menar att 78 % av patienter med hjärtsvikt vet väldigt lite om sin sjukdom. Till följd av detta uppmärksammas inte tecken på försämring i tid hos patienterna, vilket resulterar i ökad återinläggning på sjukhus (Socialstyrelsen 2016). Inom hälso- och sjukvården ska man ta hänsyn till patientlagen vid all vård och behandling av patienter. Enligt femte kapitlet i Patientlagen (SFS 2014) ska patienten själv vara delaktig i sin vård och vården ska utformas efter patientens behov. Patienten bör vara delaktig genom att själv utöva vissa åtgärder eller genom att patientens önskemål sätts i fokus. Närstående till patienten ska också ges möjlighet att delta i vården och bestämmelserna kring den, förutsatt att sekretess- eller tystnadspliktsbestämmelser inte förhindrar det (SFS 2014). Vifladt och Hopen (2010) menar att all undervisning och behandling bör ha som målsättning att ge patienter förutsättningar för eget beslutsfattande. De betonar också patienters förmåga att bemästra sin egen upplevelse av att ha kontroll över sitt liv. Det är viktigt att ha utbildningar mellan sjukvårdspersonal och patienter där syftet är att handleda patienterna till att bli självständiga samt att inhämta mer kunskap genom att använda sig av patienternas erfarenheter. Patienterna har störst kunskap om sin egen situation och det är patienterna som kan framföra många av problemen som de lever med. Utifrån detta kan sjukvårdspersonal sedan lyfta problemen och vägleda patienterna i hur problemen ska hanteras.

## 1.2 Bakgrund

Liljeros et al. (2014) undersökte det uppfattade stödbehovet hos patienter med hjärtsvikt och deras sambos för att få kunskap om inom vilka områden stödet behövdes. Resultatet visade att paren ville lära sig mer om sjukdomen för att bättre kunna hantera vardagen, de ville också få kontinuerlig rådgivning under sjukdomsförloppet. Behovet av utbildning ansågs vara störst direkt efter diagnostiseringen men fortsatt information behövdes då nya frågor dök upp allt eftersom sjukdomen fortskred. Paren ville ha en kontakt inom sjukvården som de kände och litade på och kunde få stöd av, vilket ska ges vid behov enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Enligt Liljeros et al. (2014) uttryckte paren också en önskan om att få träffa andra i samma situation som de kunde dela erfarenheter med. De önskade också att få utbildning tillsammans som ett par. Flera av paren efterfrågade sjuksköterskeledda gruppmöten för att få information och stöd.

Enligt Kommuri et al. (2012) har sjuksköterskeledda patientutbildningar, som utgår ifrån ett fysiskt möte med patienten visat sig mer lärorik och haft bättre effekt än utbildning där enbart skriftlig information och undervisning förekommer.

## 1.3 Hjärtsvikt

Enligt Karason (2012) kännetecknas hjärtsvikt av att hjärtat inte orkar upprätthålla ett tillräckligt blodflöde och/eller fyllnadstryck, vilket märks allra tydligast vid ansträngning. Enligt Wikström (2014) märks detta tydligast vid ansträngning då hjärtat inte orkar transportera tillräckligt med syrgas till vävnaderna. Hjärtsvikt kan enligt Wikström (2014) uppstå akut eller långsamt och vara belägen i hjärtats högra- eller vänstra sida. De allra vanligaste orsakerna till hjärtsvikt är ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni. Dessa utgör cirka 75 procent av alla hjärtsviktsfall. När hjärtsvikten uppstår akut beror det i de flesta fall på hjärtinfarkt. Det finns även andra orsaker till akut hjärtsvikt som kan vara akut klaffsjukdom,

förmaksflimmer, arytmier eller trauma. När hjärtsvikten debuterar långsamt är hypertoni den vanligaste orsaken. Vänsterkammarsvikt kan bland annat orsakas av kranskärlssjukdom, hypertoni, klaffsjukdom eller aortasjukdom. Vid långvarigt alkohol- eller drogmissbruk kan hjärtat förstöras, vilket också kan orsaka vänsterkammarsvikt. Högerkammarsvikt kan uppstå akut och till exempel bero på svikt i höger kammare, lungemboli, eller pulmonell hypertension orsakad av till exempel kronisk obstruktiv lungsjukdom. Högersvikt utöver högerkammarsvikt kan orsakas av en vänsterkammarsvikt, lungsjukdom, högerkammaringfarkt, kronisk lungembolism eller klaffsjukdom. Hjärtsvikt kan även uppkomma av ökade cirkulatoriska krav som till exempel anemi, graviditet, infektion och njursjukdom. Klaffel kan också orsaka hjärtsvikt, dock är detta ovanligt (Wikström 2014). När hjärtat sviktar menar Wikström (2014) att olika kompensationsmekanismer aktiveras för att cirkulationen ska kunna upprätthållas. Kompensationsmekanismerna kan till exempel vara ökad hjärtfrekvens och ökad slagkraft. Renin-angiotensin-alderonsystemet är också en kompensationsmekanism som leder till vasokonstriktion och hjärthypertrofi (Wikström 2014). Enligt Karason (2012) övergår kompensationsmekanismer till att bli skadliga för hjärtat och en försämring av hjärtats pumpförmåga blir tydlig. Kompensationsmekanismerna är ständigt aktiva och kan enligt Wikström (2014) vara livshotande för ett svagt hjärta på lång sikt. Hjärtsvikt är enligt Karason (2012) en sjukdom som fortskrider och för med sig många symptom. Symptom för hjärtsvikt kan vara orkeslöshet, andfåddhet, vätskeretention (Karason 2012), pittingödem, arytmier, rosslig andning (Otsu & Moriyama 2010), somnolens, konfusion, desorientering och aptitlöshet (Wikström 2014). Symptomen leder ofta till sjukhusinläggningar och för med sig att patienterna ofta känner en sänkt livskvalité (Karason 2012). Enligt Wikström (2014) får hjärtsvikt flera sekundära följder som bland annat påverkar njurarna, kärlen och musklerna och enligt Karason (2012) är dödligheten hög bland dessa patienter.

### 1.3.1 Hjärtsviktens funktionsklasser

Socialstyrelsen (2015) beskriver utifrån NYHA (New York Heart Association) att hjärtsvikt delas in i fyra svårighetsgrader, även kallat funktionsklasser. Dessa grader beskrivs följande:

<b>NYHA 1</b>	Hjärtsjukdom utan symptom
<b>NYHA 2</b>	Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet endast vid fysisk aktivitet av mer än måttlig grad
<b>NYHA 3</b>	Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet
<b>NYHA 4</b>	Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila eller minimal ansträngning. Patienten är ofta bunden till säng eller stol.

### 1.3.2 Träning vid hjärtsvikt

Enligt Wikström och Persson (2014) kan fysisk träning förbättra den fysiska funktionen för patienter med hjärtsvikt. Träning kan ha god effekt på till exempel symptom, stress, muskelfunktion och livskvalité. Ytterligare en fördel med träning kan vara att det minskar inflammationer, vilket i sin tur kan minska risken för kakexi. Det är få risker med träning om hjärtsvikten är stabil. Stabil hjärtsvikt innebär bland annat att hjärtsvikten är rätt behandlad. Blodtrycksfall, arytmier eller ischemi får inte förekomma om hjärtsvikten ska anses stabil. Patienter som nyligen drabbats av komplikationer som infektion eller lungemboli eller har en okontrollerad diabetes bör inte utföra fysisk träning. Det kan konstateras att mortaliteten och morbiditeten minskar hos hjärtsviktpatienter med NYHA-klass 1-3 om de tränar. Det finns mycket liten erfarenhet om träningens effekt hos patienter med NYHA-klass 4. Dessa

patienter behöver, istället för träning, goda råd om hur de kan spara sin energi för att orka utföra vardagliga sysslor (Wikström & Persson 2014).

### **1.3.3 Nutrition vid hjärtsvikt**

Enligt Wikström och Persson (2014) är nutrition viktig för hjärtsviktspatienters prognos. Det är viktigt att de har ett tillgodosett näringsintag och att de inte är undernärda. Ett BMI mellan 27-29 föranleder en bättre prognos än ett lågt BMI. Det är därför viktigt att bedöma hjärtsviktspatienters näringsstatus i ett tidigt skede. Hjärtsviktspatienter har ofta en vätskerestriktion på max 1500 ml vätska per dygn. Det poängteras dock att 30 ml vätska per kilo kroppsvikt (vilket kan bli mer än 1500 ml vätska per dygn beroende på patientens vikt) kan vara ett rekommenderat intag för att främja god livskvalité hos patienten (Persson & Wikström 2014).

### **1.3.4 Förutsättningar för effekt av behandling vid hjärtsvikt**

Enligt Socialstyrelsen (2015) bör patienten hållas välinformerad, vara följsam i behandling, kontrollera vikten och ges möjlighet att ta del av dosering av vätskedrivande läkemedel om behandling av hjärtsvikt ska ha effekt. Sjuksköterskor håller patientutbildningar om hjärtsvikt och egenvård för att öka chanserna för att behandlingen ska ha effekt. Enligt Lorig och Holman (2003) är det viktigt att stärka självförmågan för kroniskt sjuka patienter för att öka deras tro på sin självförmåga, för att minska hjärtsviktspatienters vårdberoende och förbättra deras livskvalité.

## **1.4 Livskvalité**

Enligt Rustöen (1993) bör begreppet livskvalité ses utifrån fyra olika dimensioner: hopp, mening, gemenskap och identitet. God livskvalité innebär också att känna engagemang i något som är betydelsefullt för sig själv. Andra förutsättningar för god livskvalité är en varm och ömsesidig gemenskap med åtminstone en annan människa och att ha en känsla av självkontroll, likaså upplevelsen av mening i tillvaron. Enligt Persson och Wikström (2014) kan begreppet livskvalité kopplas till hjärtsvikt då livskvalitén ofta påverkas negativt av täta symptomförekomster och många sjukhusvistelser på grund av akuta händelser orsakade av hjärtsviktssjukdomen. En förutsättning för god livskvalité hos hjärtsviktspatienter innebär en tydlig och noggrann genomgång av orsaken till patientens hjärtsvikt och en noggrann genomgång av medicinering, i förhållande till patientens behov (Persson & Wikström 2014).

## **1.5 Egenvård**

World Health Organization (2016) definierar begreppet egenvård som något som människor gör för att erhålla och behålla hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Begreppet innefattar människans personliga och generella hygien, nutrition, livsstil, miljöfaktorer, socioekonomiska faktorer och medicinering. Orem's definition av engelskans term för egenvård, "Self-care" är "Self-care is the voluntary regulation of one's own human functioning and development that is necessary for individuals to maintain life, health and well-being" (Orem 1995, s.95). För patienter med kronisk hjärtsvikt kan egenvård vara avgörande för patienters livskvalité och överlevnad (Weibull 2013). Enligt Riegel et al. (2012) kan låg kunskap vara hämmande för egenvården. Specialinriktad utbildning kan antas förbättra kunskapen och därmed egenvården hos patienter med kronisk sjukdom. För att upprätthålla god egenvård krävs ett egenvårdsbeteende där individen strävar efter att bevara god hälsa, fysisk och emotionell stabilitet och att individen reflekterar över och ser fördelar med att ta hand om sig själv. Att vara konsekvent och följsam är betydande för att bevara god egenvård. Att lyssna på sin kropp och att lära sig känna igen symptom och signaler tidigt är

förutsättningar för att kunna ta beslut och utföra handlingar som främjar god egenvård (Riegel et al. 2012).

## **1.6 Patientutbildning**

Enligt Tingström (2009) kan patientutbildning se lite olika ut beroende på situationen. Utbildningen kan ske vid ett enda tillfälle eller under en längre period. Vanligtvis är utbildningen utformad för att ge patienter en större kunskap om sin sjukdom. De får lära sig vad som är viktigt att tänka på för att upprätthålla sin hälsa och få en så god livskvalité som möjligt.

Enligt Kääriäinen och Kyngäs (2010) finns inte någon speciell definition för vad kvalitét på patientutbildning innebär. Ofta krävs flera faktorer för att uppnå god kvalitét, till exempel att det finns tillräckligt med resurser och tillräckligt med tid. Det krävs mycket av personalen för att kunna genomföra en patientutbildning av god kvalitét. Kunskap, färdigheter och rätt attityd anses vara viktiga faktorer för att lyckas. Här syftar kunskap till kunskap om patienten och dennes behov, såväl som kunskap om användbara metoder för patientutbildningar. Färdigheter i att stötta patienten i egenvård för att öka motivation och stötta i att planera och utvärdera är också viktiga komponenter för kvalitét på patientutbildning, likaså förmåga att interagera med patienten för att upprätthålla läroprocessen. Viktigast är dock att hålla patienten i fokus, så kallad patientcentrerad vård. Patientcentrerad vård definieras enligt Kääriäinen och Kyngäs (2010) att fokusera på patientens behov, vad gäller behovet av utbildning, information, stöttning och sociala faktorer. Vårdhandboken (2013) menar att patientcentrerad vård innebär att fokusera på patienternas resurser och ta hänsyn till vårdbehovet. De menar också att det kan vara betydelsefullt att inte se på patienten som bara en patient, utan som en person, en människa med unika behov och erfarenheter. Planering av vård i samråd med patienten- och/eller anhöriga är också viktigt för att patienten ska känna sig central i förhållande till vård- och behandling. Enligt Grønning et al. (2013) har patientutbildningar där det ges en kombination av individuell utbildning och grupputbildning störst effekt för deltagarna.

### **1.6.1 Förutsättningar för patientutbildning**

För att lyckas med patientcentrerad vård i utbildningssyfte krävs enligt Kääriäinen och Kyngäs (2010) att personalen är aktiva i målsättningen med patientutbildningen och uppför sig professionellt gentemot patienten. Det finns vissa begränsningar för att bedriva patientutbildning. Dessa kan vara att det inte finns tillräckligt med tid för att bedriva dem, att det inte finns tillräckligt med resurser eller att personalen saknar kunskap om hur patienter påverkas av sjukdomar och kunskap om hur patientutbildningar ska bedrivas. För sjuksköterskor är det vanligaste och mest kända sättet att lära ut något på genom muntlig information, men det kan finnas andra sätt att lära ut på, som kan gynna patienter på ett djupare sätt än enbart muntlig kommunikation (Kääriäinen & Kyngäs 2010).

### **1.6.2 Patientens egenansvar**

Enligt Oyler och Orbeck (2014) är patienter idag inte längre mottagare av vård utan en del av hälsoteamet i den moderna vården. Hur patientens hälsa kommer att se ut beror på varje medlem i detta team, patienten inkluderad. Begreppet som används är engelskans ”health literacy” som innebär att förstå medicinsk information och att kunna använda den kunskapen för att ta bra beslut beträffande sin hälsa, sin medicinering, sin diet, sin träning och sin egenvård kring sjukdom. Låg hälsoförståelse hör ofta ihop med sämre hälsa, sämre förmåga att följa medicinering, att inte komma på avtalade möten och det innebär en större risk för att



behöva akutvård och inläggning på sjukhus. För att patienter och deras familjemedlemmar ska klara av att ta emot och förstå informationen så att de kan ta adekvata beslut kring sin hälsa krävs att sjuksköterskor implementerar effektiva strategier i sin undervisning av patienter.

### 1.6.3 Sjuksköterskans roll

Enligt Lejsgaard Christensen och Huus Jensen (2012) måste undervisningen noga planeras och genomföras. Sjuksköterskan utvecklar sin förmåga att undervisa vid didaktiska studier samt genom erfarenheter från att bli undervisad och att själv undervisa. Sjuksköterskan bör välja rätt situationer för sin undervisning av patienter och organisera den så att patienten lättare klarar av att lära sig. Sjuksköterskan ska hålla patienten välinformerad om dennes situation för att patienten ska kunna vara med och diskutera samt vara medbestämmande när det gäller beslutsfattandet kring sin egen vård och behandling. Genom patientutbildning ger sjuksköterskan patienten handlingskraft att bemästra sin sjukdom. Utbildningen ska leda till att patienten lär sig att inte identifiera sig med sin sjukdom, utan stärks som individ. Sjuksköterskan bör få patienten att känna att denne ingår i ett sammanhang där denne är en tänkande individ som styr över sin egen behandling och vård. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i patientutbildningen. Patientutbildningen behöver vara strukturerad och systematisk för att patienten ska klara av att följa med i undervisningen. Samtidigt är det viktigt att patienten känner att sjuksköterskan är närvarande i situationen och att hon är intresserad av den enskilde patienten. Stödet som sjuksköterskan ger i undervisningssituationen ska vara ett stöd som sträcker sig förbi det akuta stadiet av sjukdomen och en god tid framöver (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen 2012).

Enligt Svavarsdóttir et al. (2014) var kunskapen hos utbildaren den allra viktigaste faktorn när det bedrevs en utbildning för patienter. Det ansågs även mycket viktigt att utbildaren hade god förmåga att inhämta ny evidensbaserad kunskap och känna till vad patienter brukar vilja veta och vad de kan tänkas fråga om. För att kunna förstå och hjälpa patienter måste kunskap finnas om de erfarenheter, funderingar och känsloreaktioner patienterna kan ha kring sin sjukdom. Det är inte bara viktigt att ha rätt kunskap kring sjukdomen, utbildarna behöver också känna till samhällets- och sociala mediernas syn på sjukdomen i fråga. Många patienter har läst på om sin sjukdom på internet, där det kan finnas mycket information som är direkt missvisande, vilket gör det viktigt att kunna bemöta denna felinformation med korrekt kunskap. Förmågan att etablera mellanmänniska relationer och bygga upp förtroende ansågs som grunden för att kunna utbilda och kommunicera på ett effektivt sätt. Detta inkluderade också att ha empati och ett genuint intresse för patienten samt att inte patienten hopp. Patientutbildningen gav bättre effekt när patienten involveras i utbildningen än när någon talade om för patienten hur denne skulle göra. Det är viktigt att patientutbildningen har en atmosfär som främjar lärande och en öppenhet för frågor och diskussioner kring känsliga ämnen. Patientcentrerad utbildning med tvåvägskommunikation är att föredra vid patientutbildning och utbildaren bör kunna lära ut på den kunskapsnivå patienterna befinner sig.

### 1.7 Problemformulering

Tecken på försämring hos patienter med hjärtsvikt upptäckts ofta sent, vilket resulterar i ökad återinläggning på sjukhus bland dessa patienter. Det kan konstateras att patientutbildningar kan vara till stor hjälp för patienter, genom att patienter tar större del i sin behandling när de ges mer kunskap om sitt tillstånd och får en ökad förmåga att bemästra sin livssituation. Att utbilda patienter med hjärtsvikt, som tycks ha bristfällig kunskap om sin sjukdom, kan föranleda färre sjukhusinläggningar. Det faktum att det finns begränsningar för att bedriva patientutbildning kan tyda på att det behövs ett bättre strukturerat upplägg för hur

patientutbildningar ska utformas. Detta för att patienterna ska få den effekt av utbildningen som önskas.

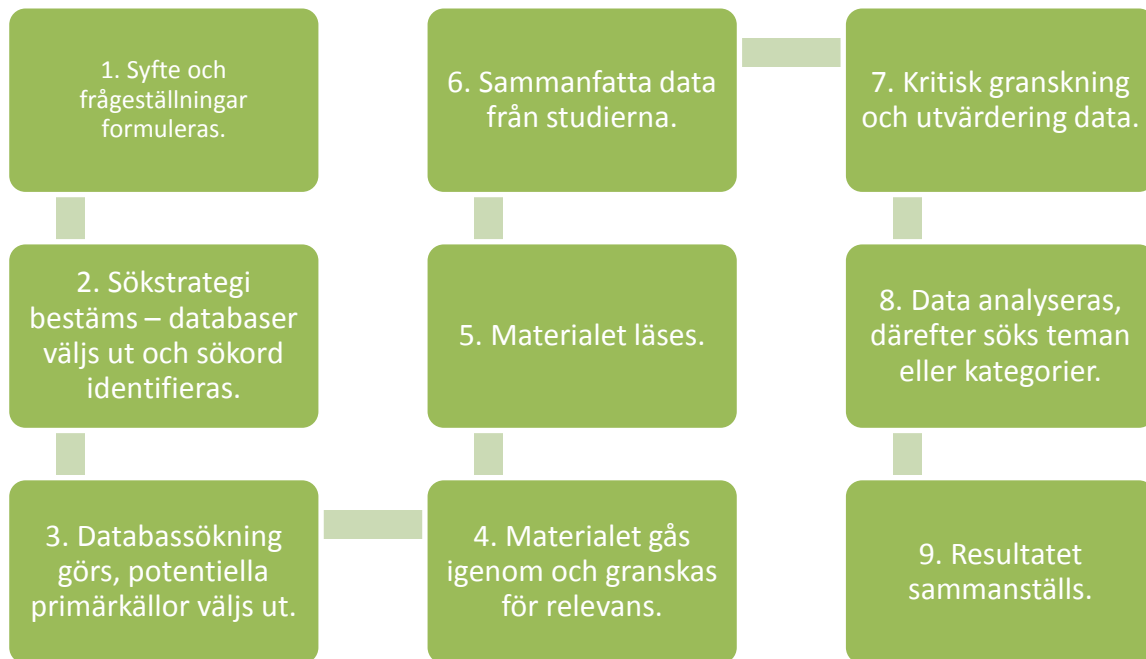
### **1.8 Syfte**

Syftet med litteraturstudien var att undersöka effekter av patientutbildning i relation till hjärtsvikt.

## 2. METOD

Detta är en litteraturstudie som bygger på Polit och Becks (2008) niostegsmodell. Litteraturstudien har sammanställts genom insamling och granskning av relevant litteratur, i huvudsak vetenskapliga artiklar, men också annan primärlitteratur. Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska kriterier och metoder för urval av artiklar samt hur de söks vara tydligt beskrivna. Det är viktigt att inkludera alla relevanta studier och exkludera de svagare studierna. Studierna ska dessutom vara kvalitetsbedömda.

Nedan presenteras niostegsmodellen, fritt översatt efter Polit och Beck (2008).



### 2.1 Litteratursökning

I **steg 1** formulerades ett syfte som utgick från problemformuleringen. I **steg 2** bestämdes en strategi för databassökning där det bestämdes att Cinahl och PubMed var de databaser som skulle användas, dessa databaser är enligt Polit och Beck (2008) lämpliga för sjuksköterskor. Sökord hittades genom fritextsökning i databaserna, där artiklar som var relevanta för studien användes för att hitta lämpliga termer. I CINAHL användes Major Headings [MH] för att skapa sökord och i PubMed användes Medical Subject Headings [MeSH]-termer. Sökningar gjordes först på var och ett av orden för att sedan sökas i olika kombinationer för att få fram relevanta artiklar. Olika sökord användes i de två databaserna eftersom MeSH-termer och MH inte överensstämmer. I CINAHL användes sökorden Patient education, Health failure och Self-care education som MH. I PubMed användes sökorden Patient education as topic, där Patient education as topic är MeSH Major Topic. Även Heart failure och Self-help groups söktes som MeSH Major Topic och Effects söktes som fritextsökning då det inte fanns som MeSH-term.

I **steg 3** genomfördes databassökningen i CINAHL och PubMed. Antal artiklar som sökningarna gav redovisas i tabell 1 och 2.

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal träffar med filter	Urval 1	Urval 2	Urval 3
CINAHL	20160202	Patient education (S1)	41,044				
	20160202	Heart failure (S2)	19,391				
	20160202	Self care education (S3)	1,576				
	20160202	S1 AND S2	793	57	13	8	8
	20160202	S2 AND S3	92	17	5 (2*)	2	1

Tabell.1 Filter: Abstract available, peer reviewed, English language, 5 years, all adults  
\*intern dubblett

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal träffar med filter	Urval 1	Urval 2	Urval 3
PubMed	20160202	Patient education as topic[MeSH] (S1)	73,632				
	20160202	Heart failure[MeSH] (S2)	94,668				
	20160202	Effects[fritextsökning] (S3)	5,435,182				
	20160202	Self-help groups[MeSH] (S4)	9,145				
	20160202	S1 AND S2 AND S3	164	29	9(3**)	2	2
	20160202	S2 AND S4	12	5	1		

Tabell.2 Filter: Abstract available, English language, 5 years, years 19+-80+  
\*\*externa dubletter

## 2.2 Inklusionskriterier

Som inklusionskriterier valdes att artiklarna skulle vara peer reviewed- vetenskapligt granskade, att abstract skulle finnas tillgängligt, att de skulle vara skrivna på engelska, att de skulle vara publicerade mellan år 2011-2015, att de skulle beröra ämnet patientutbildning samt vara relaterade till patienter med hjärtsvikt och/eller hjärtsviktpatienters anhöriga.

## 2.3 Exklusionskriterier

Exklusionskriterier för litteraturstudien var barn och ungdomar under 19 år; andra sjukdomar än hjärtsvikt; review artiklar, pilotstudier; artiklar som enbart berörde förbättring av farmaceutisk följsamhet och artiklar där annan metod för utbildning än ett fysiskt möte med patienten valts.

## 2.4 Urval 1

Urval 1 baserades på artiklar som ansågs kunna svara till litteraturstudiens syfte utifrån titeln och genomlästa abstract. Antal artiklar som detta gjordes på var 74st från CINAHL och 41st från PubMed, totalt 115 artiklar. De artiklar vars titlar uppenbart inte alls relaterade till syftet exkluderades genast, utan genomlästa abstract. I urval 1 granskades artiklarnas relevans enligt **steg 4** i niostegs modellen. Abstract lästes gemensamt igenom och de artiklar som ansågs motsvara litteraturstudiens syfte inkluderades. Artiklar som enbart berörde nät- eller telefonbaserad utbildning exkluderades. Detta resulterade i 23 artiklar, 16 från CINAHL och 7 från PubMed.

## 2.5 Urval 2

I urval 2 skrevs artiklarna ut för att lättare kunna läsas igenom och granskas enligt **steg 5** i niostegs modellen. Samtliga 23 artiklar från urval 1 lästes igenom i helhet och bedömdes med litteraturstudiens syfte i åtanke. Detta gjordes enskilt av båda författarna. Resultatet granskades för bedömning av relevans till syftet och diskuterades mellan författarna. Artiklarna granskades även efter forskningsprocessen olika steg för att bedöma om de innehöll inledning, bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion, utöver titel och sammanfattning som konstaterats i urval 1, vilket ska göras enligt Forsberg och Wengström (2013). Av de 23 artiklarna inkluderades 12 till urval 2. Artiklar som inte svarade mot syftet exkluderades.

## 2.6 Urval 3

Artiklarna granskades enligt Polit och Becks (2008), granskningsmall ”Guide to an overall critique of a quantitative/ qualitative research report”, för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten. Artiklarna granskades gemensamt och resultatet diskuterades. Efter urval 3 kvarstod 11 artiklar. En artikel valdes bort då den hade ett alltför stor bortfall för att anses trovärdig.

## 2.7 Databearbetning

I **steg 6** lästes artiklarna från urval 3 återigen i sin helhet med fokus på data relevant för litteraturstudiens syfte. Effekter av patientutbildning som kunde utläsas ur data markerades i texten. I **steg 7** gjordes en kritisk granskning av artiklarnas resultat, vilket diskuterades gemensamt för att minimera risken att förbise data och misstolka resultatet. I **steg 8** numrerades artiklarna för att lättare hålla ordning på data. Alla effekter av patientutbildning, som kunde utläsas i artiklarnas resultat, skrevs ner i ett eget dokument. Under varje effekt skrevs numret på den artikel effekterna hittats i. Huvudkategorier skapades, där det påvisas hur kunskap är det centrala i patientutbildning och att det följaktligen påverkar resterande effekter i underliggande kategorier. Detta är vad litteraturstudiens resultat baserats på. I **steg 9** sammanställdes resultatet från artiklarna vilket presenteras i bilaga 1.

## 2.8 Etiska överväganden

Polit och Beck (2006) skriver att det enligt “the Belmont Report”, i en studie alltid måste ses till att det är största möjliga nytta och minsta möjliga skada, för den enskilde individen och samhället i stort. Författarna har granskat artiklarna och konstaterat att detta följts. Mänsklig värdighet ska alltid eftersträvas och här inkluderas självbestämmande och fullständig öppenhet om vad studien syftar till och vad den innebär för de som deltar (Polit & Beck 2006). I samtliga artiklar som inkluderats i resultatet finns en tydlig presentation av undersökningen och av deltagarnas fria vilja att delta. Vidare är rättvisa en princip som innefattar att deltagarna blir rättvist behandlade och att det som tas upp i studien är konfidentiellt (Polit & Beck 2006), vilket kan konstateras i de valda artiklarna.

Enligt Polit och Beck (2008) finns en skyldighet att utläsa resultatet rätt för att inte manipulera det redan framkomna resultatet till studiens fördel. I litteraturstudien har alla resultat presenterats, oavsett om det stödjer syftet eller ej. Författarna har noga översatt resultatet från engelska till svenska med hjälp av lexikon, så att inget blivit missvisande på grund av misstolkningar i översättning. Forsberg och Wengström (2013) skriver att studier som fått tillstånd från etisk kommitté bör väljas, vilket har gjorts.

### 3. RESULTAT

Resultatet baseras på elva kvantitativa artiklar. I artiklarna har olika effekter som kan påverkas av patientutbildning i olika former studerats. Utifrån litteraturstudiens resultat har effekterna delats in i fyra olika huvudkategorier; kunskap om hjärtsvikt, förmågor till egenvård, yttre faktors påverkan och vårdberoende.

#### 3.1 Kunskap om hjärtsvikt

I kategorin redovisas effekter av patientutbildning som har med förståelse om hjärtsvikt att göra. Dessa berör: kunskap om hjärtsvikt; symptombild; saltintag; följsamhet till behandling/medicinering och vikten av följsamhet till träning.

Kunskap om hjärtsvikt har enligt flera studier påvisats öka hos patienter som fått utbildning om hjärtsvikt (Baker et al. 2011; Kommuri et al. 2012; Mussi et al. 2013; Clark et al. 2015). I en studie visades dock att större kunskap kunde mätas direkt efter utbildningen, men att kunskapen försämrades efter längre tid (Dunbar et al. 2013). Det har även påvisats ett samband mellan att ökad kunskap reducerar vårdberoende och minskar återinläggningar, samt att ökad kunskap är en förutsättning för bättre egenvård (Kommuri et al. 2012). Hjärtsviktspatienter har fått färre symptom när de fått generell information om hjärtsvikt och symptomhantering som till exempel för kost, aktivitet och vikten av följsamhet till medicinering. (Otsu & Moriyama 2011; Shao et al. 2013). I en studie där familjemedlemmar/partners inkluderats i utbildningen där kunskap om saltintag ingick, kunde de, genom att mäta dygnsurin, dra slutsatsen att saltintaget minskade. Detta indikerade att patienter som fått utbildning tillsammans med familj/partners var mer följsamma till rekommenderat saltintag/dygn (Dunbar et al. 2013).

Patienters följsamhet till behandling av sin hjärtsvikt förbättrades efter utbildning när en jämförelse gjordes innan och efter utbildning (Mussi et al. 2013). Följsamhet till medicinering förbättrades efter utbildningen (Otsu & Moriyama 2011). Den medicinska följsamheten ansågs vara relativt hög innan utbildning, ingen förbättring kunde ses efter utbildningen. Dock kunde slutsatsen dras att män och yngre patienter oftare slarvade med att ta sin medicin i tid, och att diuretika var den medicin som patienter oftare utelämnade (Dunbar et al. 2013).

Utbildning visade sig ha god inverkan på fysisk aktivitet. Patienter som fick utbildning förhöll sig bättre till rekommendationer för träning. Vad gäller att sluta röka och dricka alkohol kunde ingen effekt ses av utbildning (Otsu & Moriyama 2011).

#### 3.2 Förmågor till egenvård.

I kategorin redovisas effekter av patientutbildning som har att göra med förmågor att hantera sin hjärtsvikt. Dessa berör förmåga till god livskvalité; egenvård; förmåga att sköta om sig själv och förmågan att tro på sig själv.

Förmåga till god livskvalité kan enligt flera studier påverkas av patientutbildning. Många patienter med hjärtsvikt har upplevt att deras livskvalité blivit bättre efter att ha fått utbildning om sin sjukdom (Baker et al. 2011; Otsu & Moriyama 2011; Mehralian et al 2014; Clark et al. 2015; Köberich et al. 2015). Förmåga till egenvård vid hjärtsvikt kan i flera studier påvisas bli bättre av utbildning (Baker et al. 2011; Clark et al. 2015; Köberich et al. 2015). I en studie kan det tydas att förmåga till egenvård ökade från det första utbildningstillfället till det andra, ingen ytterligare ökning sågs vidare i utbildningen (Mussi et al. 2013). Förmågan för patienter med hjärtsvikt att tro på sig själva och kunna påverka hur de tar hand om sig själva, kan enligt flera studier påverkas till det bättre när de får utbildning om sin hjärtsvikt och vägleds i hur den ska skötas (Baker et al. 2011; Shao et al. 2013; Clark et al. 2015). Förmågan att kunna sköta om sig själv har visat sig stärkas med patientutbildning (Shao et al. 2013).

### 3.3 Påverkan på yttre faktorer

I kategorin redovisas effekter som patientutbildning haft på fysisk funktionell status, autonomi, depression och hur familjen kritiserat hjärtsviktpatienten.

Vad gäller fysisk funktionell status, som rör hur man kan använda sin kropp och vilka fysiska symptom som limiterar i vardagen, har patientutbildning visat sig ha positiv inverkan och en förbättring hos patienterna har kunnat ses (Clark et al. 2015). Familjemedlemmar har, som en del av patientutbildningen, kunnat bidra till ökad autonomi hos hjärtsviktpatienter då även de fått utbildning om hjärtsvikt och vägledning i att stötta patienten i vardagen. Det har också påvisats att den kritik som patienterna upplever från familjemedlemmar har reducerats genom att låta familjemedlemmar delta i utbildningen (Dunbar et al. 2013). Om patientutbildning har någon effekt gällande depression hos hjärtsviktpatienter har enbart mäts i en studie. Det påvisades att patientutbildning inte har någon effekt gällande depression (Clark et al. 2015).

### 3.4 Vårdberoende

I kategorin redovisas effekter av patientutbildning som påverkar återinläggningar av hjärtsviktpatienter och hjärtsviktpatienters beroende av vård i form av hemvård och annan sjukvård.

Det har påvisats att patienter med hjärtsvikt, som får adekvat patientutbildning, har en minskad risk för återinläggning på sjukhus (Gerdes & Lorenz 2013; Sales et al. 2013). Efter utskrivning har patienter som fått mer utbildning än ett utskrivningssamtal påvisat ett minskat vårdberoende inom de närmsta 30 dagarna (Sales et al. 2013). Användandet av vård i form av återinläggningar, akutbesök och besök på kliniker har minskat marginellt efter utbildning (Shao et al. 2013), samtidigt som det i en annan studie har påvisats att patientutbildning inte haft någon effekt på patienters vårdberoende (Köberich et al. 2015).



## 4. DISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att undersöka olika effekter av patientutbildning i relation till hjärtsvikt. Utifrån resultatet i litteraturstudien framkom att patientutbildning syftar till att öka kunskapen hos patienterna om sitt tillstånd och andra faktorer som påverkar hur patienterna tar hand om sig själva och upplever sitt tillstånd. Det framkom ett flertal effekter som förbättrats av patientutbildning, men också några effekter som patientutbildningen inte haft någon verkan på. Dessa effekter delades in i kategorier som karaktäriserade innehållet i varje kategori. Kategorierna var, kunskap om hjärtsvikt, förmåga till egenvård, yttre faktorer påverkan och vårdberoende. Litteraturstudiens resultat kommer att diskuteras i relation till relevant forskning, teorier och annan litteratur.

### 4.1 Resultatdiskussion.

I föreliggande resultat framkom det att patientutbildning hade god effekt på kunskap om hjärtsvikt. Efter utbildning kunde patienter mer om sitt tillstånd och hade därmed bättre förståelse för hur de kunde påverka situationen. Detta har även påvisats i andra studier rörande patientutbildning (Caldwell et al. 2005; Gwadry-Sridhar et al. 2005). Enligt Liljeros et al. (2014) framkom att behovet av kunskap var som störst direkt efter att diagnosen ställts. Detta kan stödja att det i resultatet framkom att kunskapen är som störst direkt efter utbildning. Enligt författarna kan det tänkas att det är lättare att ta till sig kunskap när ett stort behov finns för den. Det ansågs även enligt Liljeros et al. (2014) att det är viktigt att få information kontinuerligt eftersom nya frågor dök upp allteftersom. Enligt författarna kan det tänkas, att om detta givits i den studie som visade att kunskapen försämrades efter tid, kanske resultatet hade sett annorlunda ut och kunskapen hos hjärtsviktpatienterna hade kanske bestått. Den utbildning som bedrevs i den studie där resultatet visade att kunskapen försämrades efter tid (Dunbar et al. 2013) hade relativt många interventioner. Patienterna fick utbildning tillsammans med familj, de fick mycket skriftlig information, även information i form av dvd filmer och telefonsamtal. Dock gick det någon månad mellan varje utbildningstillfälle, vilket av författarna kan tänkas vara orsaken till att kunskapen inte bestod. Alla studier som föreliggande resultat grundar sig på hade olika former av utbildning och många gånger bestod utbildningen bara av ett utbildningstillfälle eller ett utskrivningssamtal. Utskrivningssamtalet inkluderade då lite mer information än vad ett (för dem) vanligt utskrivningssamtal baserades på. Av föreliggande resultat grundar författarna teorin om att genomgående, regelbunden, kontinuerlig utbildning krävs för att patienterna ska få god, bestående kunskap om sitt tillstånd. En uppföljningsstudie till Otsu & Moriyama (2011) som mätte effekt av kunskap 24 månader efter utbildning visade även den på att kunskapen försämrats ytterligare efter längre tid (Otsu & Moriyama 2012).

I föreliggande resultat framkom att det fanns ett samband mellan kunskap och reducerat vårdberoende, mellan kunskap och minskade återinläggningar samt mellan kunskap och förutsättningar för egenvård. Detta kan styrkas av Vifladt och Hopens (2010) teori om hälsopedagogik. De menar att det är viktigt att patienterna får kunskap om sin sjukdom för att de ska kunna ta bättre hand om sig själva och för att kunna ändra sitt beteendemönster, sitt levnadssätt. På så vis kan patienter bli starkare i sig själva, vilket kan reducera vårdberoendet. Vårdberoende och återinläggningar har i föreliggande resultat visat sig minska efter patientutbildning. Detta påvisas också av tidigare studier (Koelling et al. 2005; DeWalt et al. 2006). Samtidigt har det i andra studier, som också framkommit i föreliggande resultat, påvisats att patientutbildningar inte har någon effekt gällande vårdberoendet (Riegel & Carlson 2004; Sethares & Elliott 2004; Albert et al. 2007). Det kan av författarna tänkas att anledningen till att hjärtsviktpatienters vårdberoende inte minskas trots utbildning grundar sig i att hjärtsvikt är en så pass komplex sjukdom med många symptom, vilket gör att det är svårt för dessa patienter att nå en god egenvård alla gånger. Det kan också vara så att i de

studier där vårdberoendet inte minskat har kanske inte patienterna fått tillräckligt med kunskap för att kunna påverka sin egenvård och därmed sitt vårdberoende.

I föreliggande resultat påvisas att symtom från hjärtsvikt minskar efter en utbildning, vilket också styrkts i andra studier (Albert et al. 2007; Dansky et al. 2008). Enligt författarnas tolkning grundar sig detta i att patienterna får mer kunskap om symptom och mer kunskap om vilka restriktioner som bör följas för att förhindra uppkomst av symptom. När det gäller följsamhet till medicinering har olika effekter framkommit. En studie visar att följsamheten ökar efter utbildningen (Otsu & Moriyama 2011) och en annan att följsamheten var stor redan före utbildningen och bara minskade därefter (Dunbar et al. 2013). Detsamma framkommer också i en studie där den initiala effekten av utbildningen är hög, men att effekten i stort sett är borta efter att studien är avslutad (Murray et al. 2007). I den studie där ingen förbättring av följsamhet till medicinering kunde ses efter utbildning (Dunbar et al. 2013), då den var hög redan från början, påvisades det också att män och yngre patienter oftare slarvade med att ta sin medicin i tid och att diuretika var den medicin som patienter oftare utelämnade. Här väcks en tanke hos författarna att det skulle kunna finnas ett samband mellan att diuretika utelämnas och att patienter bättre följer de restriktioner som finns för salt- och vätskeintag. Om patienterna följer restriktionerna så samlas inte lika mycket vätska i kroppen och då behövs förmodligen inte lika mycket diuretika för att driva ut vätskan. Varav diuretikan inte tas enligt ordination och resultatet av en mätning till följsamhet blir som i föreliggande resultat.

I föreliggande resultat framkommer att patienter upplevt bättre livskvalité efter utbildning, vilket också framkommer i andra studier (Gwadry-Sridhar et al. 2005; Strömberg et al. 2006). Det påvisas dock i någon studie att livskvalitén enbart blir bättre under utbildningstillfället, för att sedan försämrats efter utbildningens slut (Varma et al. 1999). Utifrån detta väcks tankar hos författarna, kring möjligheten att livskvalitén kanske enbart blir bättre under tiden som patienterna hålls sysselsatta med utbildningen och får lite extra uppmärksamhet, och att när utbildningen är slut blir den sämre igen för att de återgår till den kanske inte alls så lustfyllda vardagen med oro och ångest över sitt sjukdomstillstånd. Livskvalité anses av författarna, utifrån inledningen av litteraturstudien, vara ett omfattande begrepp för människan med en stor betydelse för allt i livet. Att påverka livskvalité med utbildning om ett sjukligt tillstånd är uppenbarligen möjligt, baserat på föreliggande resultat, men att livskvalitén skulle förbättras till den grad att en markant skillnad kan ses hos individen genom enstaka utbildningstillfällen är mindre troligt. Detta då det upplevs av författarna att det krävs så mycket mer än kunskap för att nå en god livskvalité. Förutsättningar för att påverka livskvalitén mest möjligt anser författarna vara genom patientutbildning i grupp, då patienterna kan ges möjlighet att interagera med andra människor, vilket är en betydande faktor för god livskvalité.

Det var enbart i en studie det berördes om patientutbildning hade någon effekt på om patienter slutade röka och dricka alkohol (Otsu & Moriyama 2011), vilket det visade sig att den inte hade. För att patientutbildning ska kunna påverka om patienter med hjärtsvikt slutar röka och dricka alkohol anser författarna att det krävs ansträngning av personalen att motivera patienterna till detta. Generellt vet de flesta människor att det är skadligt med nikotin och alkohol, trots detta är det många som missbrukar nikotin och alkohol. Detta indikerar, som nämnt, att det krävs mer än kunskap för att motivera patienterna att sluta med missbruket. Utifrån detta anser författarna att patientutbildning kräver vidare utveckling gällande motivation för att en effekt inom området ska bli synlig. Flera studier mäter effekten av egenvård, vilket rökning och alkohol skulle kunna höra till, men någon redovisning av detta framkommer ej i studiernas resultat.

I föreliggande resultat framkommer att förmåga till egenvård vid hjärtsvikt förbättras efter patientutbildning, vilket också stöds i andra studier (Jaarsma et al. 2000; Laramée et al. 2003; Caldwell et al. 2005; Strömberg et al. 2006). Självförmågan och patienternas tro på sin förmåga blev bättre efter patientutbildning. Detta styrks av (DeWalt et al. 2006; Barnason et al. 2010). I föreliggande resultat framkom att fysisk funktionell status förbättrades av patientutbildning i en studie (Clark et al. 2015). Något stöd för att detta resultat ska vara likgiltigt för andra patientutbildningar har ej hittats i tidigare studier som författarna läst. Däremot har motsatsen framkommit i en annan studie, att patientutbildning inte har någon effekt på fysisk funktionell status (Artinian et al. 2003). Skillnader i resultaten kan enligt författarna tänkas bero på att mätningen av funktionell status genomförts på olika vis, och i det fall där patienter själva fått uppskatta sin funktionella förmåga kanske de uppskattar sin förmåga bättre än vad den verkligen är, jämfört med om de utsätts för ett fysiskt funktionellt test där någon annan bedömer dem. I föreliggande resultat framkom ingen förbättring av depression hos patienter med hjärtsvikt efter en patientutbildning. Samma resultat kan även utläsas i en studie av Mårtensson et al. (2005).

I föreliggande resultat har det påvisats att om familjemedlemmar inkluderas i patientutbildningen har följsamhet till saltintag blivit bättre. Lika så har den upplevda autonomi för patienterna blivit bättre, även patienters upplevelse av kritik från familjemedlemmar har reducerats. Enligt författarna indikerar detta att familjemedlemmars deltagande i patientutbildning kan vara till nytta för patienters effekt av patientutbildning. Genom att låta familjemedlemmar delta, om så önskas, skapas större chanser för att kunskapen ökar då det är flera personer som lyssnar och kan komma ihåg. Det kanske kan vara till en lättnad för patienten att veta att det finns någon mer i hushållet som fått samma utbildning och att patienten då inte behöver vara ensam i att minnas allt. Det kan vara en förutsättning för följsamhet till de restriktioner som finns om familjemedlemmar deltar. Här tänker författarna framförallt på kosten. Om övriga i hushållet vet om de restriktioner som finns kan det vara lättare att laga mat med till exempel mindre salt. Familjemedlemmar kan också vara till hjälp gällande vätskerestriktioner. De kan till exempel påminna patienten om att inte dricka så mycket och heller inte tillsätta så mycket vätska i maten som lagas. Om familjemedlemmar får mer information om hjärtsvikt kan, enligt författarna, förståelsen för patientens livssituation öka. Detta kan minska kritiken från familjen, som föreliggande resultat påvisat att det gjorde, och patientens tillvaro kanske blir lättsammare.

## 4.2 Metoddiskussion

Denna litteraturstudie bygger på data från elva kvantitativa artiklar. Studien utarbetades enligt Polit och Becks (2008) niostegsmodell. Syfte formulerades och därefter bestämdes vilka sökord som skulle användas genom att titta på artiklar inom liknande områden för att se vilka nyckelord som använts. Sökordet "patient education" användes då det är vad litteraturstudien huvudsakligen handlar om. "Heart failure" valdes eftersom det var hjärtsviktpatienter författarna ville undersöka om patientutbildning hade någon effekt på. Författarna uppfattade att de sökord som användes var de mest relevanta för syftet. När resultaten diskuterades och nya artiklar söktes för att styrka resultatet hittades artiklar som även de hade kunnat inkluderas i studien om andra sökord hade använts. Dessa sökord motsvarade de effekter som framkom ur resultatet. De artiklar som inkluderades i studien var vetenskapligt granskade och publicerade från år 2011 till och med 2015. Detta intervall valdes för att kunna basera resultatet på så aktuell forskning som möjligt. Artiklar som inte motsvarade syftet eller inte berörde omvårdnad uteslöts. I urval ett valde författarna att exkludera de artiklar där det framkom tydligt utifrån titeln att artikeln inte motsvarade syftet. En sådan titel var exempelvis "Implantable cardiac defibrillators and end-of-life care- Time for reflection, deliberation and debate?" eller "Oral diabetes medications: an update for home health clinicians". Denna

metod kan ha varit en svaghet då artiklar med en vilseledande titel valdes bort just på grund av denna titel, vilket därför kan ha gett litteraturstudien ett missvisande resultat. I urval två lästes artiklarna i sin helhet vilket resulterade i att 12 artiklar valdes bort då de ej svarade mot syftet. Det faktum att artiklarna lästes i sin helhet stärker att syftet motsvarades och att resultatet är relevant. I urval tre uteslöts en artikel vars bortfall ansågs vara för stort för att studien skulle anses trovärdig. Litteraturstudien består enbart av kvantitativa artiklar vilket skulle kunna vara en svaghet då resultatet hade kunnat stärkas på ett annat sätt om kvalitativa artiklar ingått. Resultatet framstod mycket statistiskt och författarna ansåg att det i vissa fall var svårt att fånga känslorelaterade effekter ur de kvantitativa artiklarna. De effekterna som rörde känslorelaterade begrepp, till exempel self-efficacy och self-management var svåra att finna en likvärdig svensk innebörd för och därför har en viss tolkning av begreppen gjorts i föreliggande resultat. Detta gjordes gemensamt av båda författarna och begreppen har diskuterats och jämförts mot olika definitioner för att försöka göra begreppen mest rättvisa. Resultatets huvudkategorier var svåra att definiera då författarna ansåg att allt resultat hängde samman på det vis att kunskap var den effekt som gjorde det möjligt för andra effekter att uppstå. Förutsättningar för egenvård krävde kunskap hos patienterna, egenvården kunde i sin tur påverka andra effekter så som till exempel livskvalité. Yttre faktorer kunde påverka egenvårdsförmågan. Bland yttre faktorer fanns till exempel fysisk funktionell status som kunde påverkas av följsamhet till behandling och restriktioner på det vis att den fysiska funktionen kunde vara bättre om behandling och restriktioner följdes. En förutsättning för följsamhet var i sin tur att patienten hade kunskap om sjukdomen och förstod vikten av egenvårdsåtgärderna. Författarna valde, trots detta, att kategorisera in effekterna i den mest, för dem, sannolika kategorin. Då resultatet kan styrkas av tidigare studier som nått liknade resultat kan metoden anses giltig med god validitet.

### 4.3 Klinisk betydelse

Resultatet av litteraturstudien visar att patienter med hjärtsvikt genom en patientutbildning får verktyg att hantera sin sjukdom. Kunskapen ger patienterna förutsättningar att kunna hantera sin vardag. Kunskapen verkar dock minska över tid och behöver uppdateras för att bli bestående. Detta visar att kontinuerlig hjärtsviktsutbildning kan ha stor betydelse för patientgruppens förmåga att bevara en god hälsa och livskvalité. Vetskapen om att vissa effekter avtar kan ha betydelse för utveckling och utformning av patientutbildning. Kunskap om vilka effekter som framkommer av den patientutbildning som bedrivs idag kan leda till att styrkor och svagheter i utbildningsmodellerna framkommer. Detta kan föranleda en förbättring av utbildningssättet. Effekter av utbildning kan också belysa de problemområden som finns hos patienterna gällande deras sjukdomsbild. Att ta fasta på dessa kan skapa en större förståelse för, och mer kunskap om patienternas tillstånd, vilket kan göra det lättare att veta inom vilka områden patienterna behöver mer stöd. Av studien framkommer att familjemedlemmar kan vara ett stöd för patienter om de tillåts delta i utbildningen. Även detta kan ha betydelse för utveckling och bearbetning av patientutbildning. Vetskapen om att familjemedlemmar har betydelse för effekter av patientutbildning kan användas för att konstruera nya patientutbildningsmodeller där det i större mån ges tillfälle för familjen att delta i utbildningen. Resultatet har påvisat att patientutbildning kan föranleda ett minskat vårdberoende genom att patienter får mer kunskap om sin sjukdom, symptomhantering, vikten av följsamhet och vägledning i god egenvård. Detta kan ha stor klinisk betydelse då ett minskat vårdberoende kan skapa mindre belastning på vården och en bättre livskvalité för hjärtsviktpatienter. Sjuksköterskan har stor betydelse för patienten och är viktig då hon kan vara en fast punkt och en trygghet för patienten. Föreliggande resultat kan vara av betydelse för sjuksköterskan då hon kan få en ny synvinkel på hur viktig hon är i utbildningssyfte och därmed ta sig mer tid att utbilda hjärtsviktpatienter. Resultatet belyser hur viktigt det är att

patienter får mer kunskap, vilket kan vara avgörande för sjuksköterskans utveckling av vilken satsning hon bör göra för att lära patienten mer så att denna kan få större egenvårdsförmåga och förhoppningsvis färre sjukhusinläggningar vilket kan gynna sjuksköterskans arbetsbelastning i längden.

#### **4.4 Förslag till fortsatt forskning**

Då det konstaterats att patientutbildning kan bedrivas på flera olika sätt, med flera olika effekter som följd, bör det bedrivas mer forskning om vilka utbildningssätt som ger de bästa effekterna och vilka effekter man får av de olika utbildningssätten. Detta för att kunna ge patienter rätt utbildning inom rätt område och vid rätt tillfälle. Många patienter har visat sig ha lättare för att ta till sig utbildning tidigt i sjukdomsförloppet, samtidigt som de behöver kontinuerlig information och utbildning. Detta kan indikera att mer forskning behövs för att finna när utbildningen behövs och vad som krävs av utbildningen för att den ska ha en långvarig och bestående effekt. Det har visats i föreliggande resultat att patienter har större effekt av patientutbildningar när familjemedlemmar deltar i utbildningen och själva får mer kunskap. Familjemedlemmar med mer kunskap kan lättare stötta patienten och får en större förståelse för patientens situation. Det finns forskning om familjens betydelse men mer forskning behövs för att finna familjemedlemmars exakta betydelse för patienten och för att finna ett lämpligt sätt att låta familjer delta i utbildningen.

#### **4.5 Slutsats**

Patientutbildning har visat sig ha positiv effekt inom många områden för patienter med hjärtsvikt. Det har framkommit att kunskap om hjärtsvikt är en betydande faktor för att kunna förstärka effekter som berör hantering av sin sjukdom. Kunskapen har visat sig öka av utbildning, men det har påvisats att kunskapen minskar efter tid om utbildning inte ges kontinuerligt. Om familjemedlemmar fått delta vid utbildning har det visat sig att patienterna fått större effekt av utbildningen. Följsamheten till behandling och saltintag har blivit bättre då familjemedlemmar genom sin utökade kunskap kunnat stötta patienten bättre. Familjemedlemmar har även fått större förståelse för patientens situation varav den upplevda kritiken hos patienter minskat. Livskvaliten och förmågan till egenvård har enligt föreliggande resultat ökat efter patientutbildning då patienterna fått mer kunskap om sin sjukdom och handledning i god egenvård. Även patienternas tro på sin egen förmåga har förbättrats. Vad gäller vårdberoende och återinläggningar har studierna, som resultatet grundas på, påvisat olika resultat. Till största del har det dock påvisats att vårdberoendet och återinläggningar minskar efter utbildning. Patientutbildning har haft en positiv effekt på den fysiska funktionella förmågan, mycket tack vare ökad kunskap, framförallt om symptomhantering och följsamhet till restriktioner.

## 5. REFERENSLISTA

- Albert, N.M., Buchsbaum, R. & Li, J. (2007). Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms and self-care behaviors. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 129-139.
- Artinian, N.T., Harden, J.K., Kronenberg, M.W., Vander Wal, J.S., Daher, E., Stephens, Q. & Bazzi, R.I. (2013). Pilot study of a web-based compliance monitoring device for patients with congestive heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Critical Care*, 32(4), 226-233.
- Baker, D. W., DeWalt, D. A., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Weinberger, M., Macabasco-O`Connell, A., Grady, K. L., Holmes, G.M., Erman. B., Broucksou, K.A. & Pignone, M. (2011). The Effect of Progressive, Reinforcing Telephone Education and Counseling vs. Brief Educational Intervention on Knowledge Self-care Behaviors and Heart Failure Symptoms. *J Card Fail*, 17(10), 789-796. Doi:10.1016/j.cardfail.2011.06.374
- Barnason, S., Zimmerman, L., Hertzog, M. & Schulz, P. (2010). Pilot testing of a medication self-management transition intervention for heart failur patients. *Western Journal of Nursing Research*, 32(7), 849-870.
- Caldwell, M.A., Peters, K.J. & Dracup, K.A. (2005). A simplified education program improves knowledge, self-care behavior and disease severity in heart failure patients in rural settings. *American Heart Journal*, 150(5), 983-983.
- Clark, A. P., McDougall, G., Riegel, B., Joiner-Rogers, G., Innerarity, S., Meraviglia, M., Delville, C. & Davilia, A. (2015). Health Status and Self-care Outcomes Following an Education- Support Intervention for People with Chronic Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*, 30(401), 3-13. Doi: 10.1097/JCN.000000000000169
- Dansky, KH., Vasey, J. & Bowles, K. (2008). Use of telehealth by older adults to manage heart failure. *Research in Gerontological Nursing*, 1(1), 25–32.
- Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Smith, A., McCarty, F., Higgins, M., Grossniklaus, D., Kaslow, N., Frediani, J., Dashiff, C. & Ryan, R. (2013). A Trial of

- Family Partnership and Education Interventions in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 19(12), 829-841. Doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.10.007
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur
- Gerdes, P. & Lorentz, R. (2013). The Effect of an Outpatient Interdisciplinary Heart Failure Education Program. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(7), 422-427. Doi: .org/10.1016/j.nurpra.2013.04.005
- Grønning, K., Rannestad, T., Skomsvoll, JF., Rygg, L. och Steinsbekk, A. (2013). Long-term effects of a nurse-led group and individual patient education programme for patients with chronic inflammatory polyarthrititis – a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1005-1017. doi: 10.1111/jocn.1235
- Gwadry-Sridhar, F.H., Arnold, J.M., Zhang, Y., Brown, J.E., Marchiori, G. & Guyatt, G. (2005). Pilot study to determine the impact of a multidisciplinary educational intervention in patients hospitalized with heart failure. *American Heart Journal*, 150(5), 982-982. .
- Jaarsma, T., Abu-Saad, H., Dracup, K. & Halfens, R. (2000). Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 112-119.
- Karason, K. (2012). *Medicin*. I Lindgren, S., Engström-Laurent, A., Karason, K., & Tiensuu Janson, E. (red.) Hjärtsvikt. Lund: studentlitteratur. s.149.
- Koelling, T., Johnson, M.L., Cody, R.J. & Aaronson, K.D. (2005). Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 111(2), 179-185.
- Kommuri, N., Johnson, M. & Koelling, T. (2012). Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 86(2), 233-238. Doi:10.1016/j.pec.2011.05.019
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. (2010). The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 548-556.

- Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O. & Dassen, T. (2015). Effekts of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1643-1655. Doi: 10.1111/jocn.12766
- Laramee, A.S., Levinsky, S.K., Sargent, J., Ross, R. & Collins, P. (2003). Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. *Archives of International Medicine*. 163(7), 809-817.
- Liljeros, M., Ågren, S., Jaarsma, T. & Strömberg, A. (2014). Percieved caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2928-2938. Doi: 10.1111/jocn.12588
- Lorig, K.R. & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Mehralian, H., Salehi, S., Moghaddasi, J., Amiri, M. & Rafiei, H. (2014). The Comparison of the Effects of Education Provided by Nurses on the Quality of life in Patients with Congestive Heart Failure in Usual and Home-Visit Cares in Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 256-260. Doi: 10.5539/gjhs.v6n3p256
- Motta Mussi, C., Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Nogueira Mello Lopez, A., Trojahn, M. M., Camargo Paraboni, C. & Rejane Rabelo, E. (2013). Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Latino-Am. Enfermagem*, 21, 20-28.
- Murray, MD., Young, J., Hoke, S., Tu, W., Weiner, M., Morrow, D., Stroupe, K.T., Wu, J., Clark, D., Smith, F., Gradus-Pizlo, I., Weinberger, M. & Brater D.C. (2007). Pharmacist intervention to improve medication adherence in haert failure: a randomized trial. *An Intern Med*, 146(10), 714-25.
- Mårtensson, J., Strömberg, A., Dahlström, U., Karlsson, JE. & Fridlund, B. (2005). Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *Euro J Heart Fail*, 7(3), 393-403.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby. s.95.



- Otsu, H. & Moriyama, M. (2011). Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. *Japan Journal of Nursing Science* 8(2), 140-152.
- Otsu, H. & Moriyama, M. (2012). Follow-up study for a disease management program for chronic heart failure 24 months after program commencement. *Japan Journal of Nursing Science* 9(2), 136-148. Doi:10.1111/j.1742-7924.2010.00166.x
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Study guide*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Rustøen, T. (1993). *Livskvalitet: en utmaning för sjuksköterskan*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sales, V. L., Ashraf, M. S., Lella, L. K., Huang, J., Bhumireddy, G., Lefkowitz, :, Feinstein, M., Kamal, M., Ceasar, R., Cusick, E., Norenberg, J., Lee, J., Brener, S., Sacchi, T. J. & Heitner, J. F. (2014). Utilization of Trained Volunteers Decreases 30-day Readmissions for Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 20(5), 377e15-377e23. Doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.10.008
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Shao, J-H., C, A. M., Edwards, H., Shyu, Y-I. L. & Chen, S-H. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heartfailure. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2458- 2469. Doi: 10.1111/jan.12121
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsvikt: Stöd för styrning och ledning*. Falun: Edita Bobergs AB.[ 2015-10-4].

- Socialstyrelsen (2016). Rikssvikt (Nationellt Hjärtviktsregister)  
<https://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/rikssvikt-nationellthjartsviktr> [2016-03-07].
- Strömberg, A., Dahlström, U. & Fridlund, B. (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure: A randomised, controlled, multicentre trial of effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Education and Counseling* 64(1-3), 128 – 135.
- Svavarsdóttir, M-H., Sigurðardóttir, A-K. & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55-63.
- Tingström, P. (2009). Information och utbildning. I Edberg, A-K. & Wijk, H. *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur AB. S 65-92.
- Varma, S., McElnay, J., Hughes, C., Passmore, A. & Varma, M. (1999). Pharmaceutical care of patients with congestive heart failure; interventions and outcomes. *Pharmacotherapy*, 19(7), 860 – 869.
- Vifladt, E., Hopen, L., & Landtblom, A-M. (2010). Hälsopedagogik - för vårdare och brukare i samarbete. Stockholm: ISBN. s. 15
- Vårdhandboken (2013). <http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-vard-och-omsorg-patientperspektiv/Patientperspektiv-pa-halsa-och-sjukdom/>[2016-03-07]
- Weibull, B. (2013). *Egenvård ger hjärtpatienter livskvalitet*.  
<http://www.liu.se/forskning/reportage/egenvard-ger-hjartpatienter-livskvalitet?l=sv>[2016-03-10]
- Wikström, G. & Persson, H. (2014). Fysisk träning och nutrition vid hjärtsvikt. I Wikström, G. (red.) *Hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur. s.177-186.
- Wikström, G. & Persson, H. (2014). Palliativ vård. I Wikström, G. (red.) *Hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur. s.195.
- Wikström, G. (2014). Fysiologi. I Wikström, G. (red.) *Hjärtsvikt* Lund: Studentlitteratur. s.17-46.

World Health Organization (2016). *Self-care*.

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.1.html>[2016-02-03]

**Bilaga 1 – artikelmatris**

<b>Författare</b>	<b>Titel och årtal</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Huvudresultat</b>
Baker, D. W., DeWalt, D. A., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., Weinberger, M., Macabasco-O'Connell, A., Grady, K. L., Holmes, G.M., Erman. B., Broucksou, K.A. och Pignone, M.	The Effect of Progressive, Reinforcing Telephone Education and Counseling vs. Brief Educational Intervention on Knowledge Self-care Behaviors and Heart Failure Symptoms. 2011.	Syftet var att avgöra om ett program riktat mot utbildning och beteende visade på gradvis förbättring jämfört med en timmes utbildning riktat mot: kunskap, egenvårdsbeteende och livskvalité relaterat till hjärtsvikt.	En kvantitativ studie med slumpmässigt urval. Två grupper, kontrollgruppen fick ett utbildningstillfälle individuellt. Undersökningsgruppen fick samma utbildningstillfälle plus telefonsamtal med utbildning fem till åtta gånger under en månad och mer konkreta riktlinjer att följa. Datainsamling gjordes med ett frågeformulär. 605 patienter ingick i studien, bortfallet var 74.	Livskvalitén förbättrades för undersökningsgruppen. Egenvården blev bättre för båda grupperna men mer för undersökningsgruppen. Self efficacy ökade och kunskap om hjärtsvikt förbättrades i undersökningsgruppen.
Clark, A. P., McDougall, G., Riegel, B., Joiner-Rogers, G., Innerarity, S., Meraviglia, M., Delville, C. och Davilia, A.	Health Status and Self-care Outcomes Following an Education- Support Intervention for People with Chronic Heart Failure. 2015.	Syftet var att utvärdera effekterna av en utbildningsstöttning intervention i hemmet vid användande av hälsostatus- och egenvårdsstrategier hos vuxna och äldre med hjärtsvikt klass 1-3 vid fyra tillfällen under nio månader.	En kvantitativ studie. prospektiv. Två grupper, slumpmässigt urval. Undersökningsgruppen fick tre månaders utbildning följt av tre månader med mail och telefonsamtal för stöttning. Därefter följde tre månader utan någon kontakt. Datainsamling skedde vid 0, 3, 6 och 9 månader. Extramaterial för förbättring av minnet inkluderades i utbildningen. Kontrollgruppen fick informationsmaterial om förebyggande åtgärder för god	Hälsostatusen förbättrades för undersökningsgruppen men inte för kontrollgruppen. Livskvalitén var högre i undersökningsgruppen men ingen skillnad på depressiva symptom kunde ses. Kunskap om hjärtsvikt ökade hos undersökningsgruppen, egenvården ökade i båda grupperna men mer i undersökningsgruppen. Tron på den egna förmågan ökade i undersökningsgruppen.

Bilaga 1.

			hälsa. 50 patienter ingick i studien.	
Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Smith, A., McCarty, F., Higgins, M., Grossniklaus, D., Kaslow, N., Frediani, J., Dashiff, C. och Ryan, R.	A Trial of Family Partnership and Education Interventions in Heart Failure, 2013.	Syftet var att jämföra följsamhet till saltintag i mat och till medicinering mellan en patient-familje-partnerskap utbildning, en patient-familj grupputbildning och en grupp som fick vanlig vård. Man mätte också om utbildningen förbättrade sjukdomskunskapen samt om stödet från familjen ökade och kritiken från dem minskade.	En kvantitativ studie med tre grupper. Slumpmässigt urval. 117 par deltog i studien, bortfallet var på 53 par.	Följsamhet till saltintaget fördubblades hos undersökningsgrupperna men följsamheten för medicinering förändrades inte. Kunskapen ökade direkt efter utbildningen men minskade under senare mätningar. Stödet från familjen ökade marginellt i partnerskap gruppen. Ingen skillnad i upplevd kritik från familjen kunde ses.
Gerdes, P. och Lorentz, R.	The Effect of an Outpatient Interdisciplinary Heart Failure Education Program. 2013.	Syftet var att jämföra effektiviteten av vanlig vård plus tvärvetenskaplig utbildning för ej inneliggande patienter med en bedsideutbildning för patienter med hjärtsvikt.	En kvantitativ jämförande studie, två grupper. Kontrollgruppen fick utskrivning med muntlig genomgång av symptom, saltintag, mediciner samt vikten av att kontrollera vikt dagligen. Undersökningsgruppen fick en utbildning på tre timmar av farmakolog, sjukgymnast, dietist, psykolog, specialistsjuksköterska samt hjärtsviktssjuksköterska. Urvalet baserades på tidigare journaler. 170 patienter deltog i	Resultatet visade på signifikant lägre återinläggningssiffror i undersökningsgruppen efter 30 dagar. siffrorna var även bättre efter 60 och 180 dagar men inte signifikant.

Bilaga 1.

			studien.	
Kommuri, N., Johnson, M. och Koelling, T.	Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. 2011.	Syftet var att utvärdera förändringar för kunskap om hjärtsvikt före och efter ett utskrivningssamtal plus utbildning.	En kvantitativ studie med slumpmässigt urval. Två grupper. Kontrollgruppen fick ett vanligt utskrivningssamtal. Undersökningsgruppen fick utskrivningssamtal plus en timmes sjuksköterskeledd utbildning om kunskap kring hjärtsvikt samt restriktioner. Datainsamling skedde med ett frågeformulär som patienterna svarade på före interventionen och tre månader efter utskrivning.	Signifikant förbättring för undersökningsgruppen gällande generell kunskap om hjärtsvikt, förmåga till egenvård samt kunskap om medicinering. Det visade sig också att en utbildning tidigt i sjukdomsförloppet var viktig för kunskap om hjärtsvikt.
Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O. och Dassen, T.	Effekts of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial. 2015.	Syftet var att bedöma effekter av en sjuksköterskeledd utbildning om egenvård, vårdberoende och livskvalité för patienter med hjärtsvikt på sjukhus.	Kvantitativ, prospektiv studie med känt, slumpmässigt urval. Två grupper där en fick utbildning om olika aspekter av hjärtsvikt plus tre månaders telefonuppföljning och den andra fick bara vanlig medicinsk behandling. 110 patienter deltog i studien, bortfallet var på 18.	Egenvården förbättrades i båda grupperna men ökade mest i undersökningsgruppen. Livskvalitén ökade marginellt hos båda grupperna efter tre månader. Ingen skillnad kunde ses på vårdberoendet i någon av grupperna.

Bilaga 1.

Mehralian, H., Salehi, S., Moghaddasi, J., Amiri, M. och Rafiei, H.	The Comparison of the Effects of Education Provided by Nurses on the Quality of life in Patients with Congestive Heart Failure in Usual and Home-Visit Cares in Iran. 2014.	Syftet var att avgöra effekterna av utbildning i hemmet , som genomfördes av sjuksköterskor, gällande livskvalitén hos hjärtsviktspatienter efter en sjukhusvistelse jämfört med vanligt utskrivningssamtal.	En kvantitativ studie med två grupper. Slumpmässigt urval. Grupp ett – vanligt utskrivningssamtal. Grupp två-utskrivningssamtal plus utbildning i hemmet. Livskvalitén mättes med frågeformulär vid utskrivning och efter sex månader. 110 patienter deltog, bortfallet var på elva.	Medelvärdet på livskvalitén var högre i grupp två än i grupp ett efter sex månader. Jämfört med vid utskrivningen var livskvalitén bättre i grupp två och sämre i grupp ett efter sex månader.
Motta Mussi, C., Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Nogueira Mello Lopez, A., Trojahn, M. M., Camargo Paraboni, C. och Rejane Rabelo, E.	Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. 2013.	Syftet var att undersöka effekterna av en sjuksköterskeledd utbildning med hembesök kombinerat med telefonkontakt med patienter som nyligen varit inlagda på sjukhus pga hjärtsvikt. Utbildningen fokuserade på sjukdomskunskap, egenvårdsförmåga och följsamhet till behandling. Kontrollgruppen fick vanlig	Kvantitativ, slumpmässig klinisk studie, 151 patienter deltog i studien. Bortfallet var på 49.	Kunskap om hjärtsvikt och egenvård ökade i båda grupperna men mest i undersökningsgruppen. Följsamhet till behandling ökade också mest i undersökningsgruppen.

Bilaga 1.

		utskrivning.		
Otsu, H. och Moriyama, M.	Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. 2011.	Syftet var att implementera ett utbildningsprogram för förmåga till egenvård för hjärtsviktspatienter för att stärka egenvård, förhindra försämring av sjukdomen och förbättra livskvalitén.	En kvantitativ studie med slumpmässigt urval. Två grupper. Kontrollgruppen fick vanlig medicinsk behandling och vård. Undersökningsgruppen fick samma plus ett sex månaders utbildningsprogram med sex sjuksköterskeledda möten. Ett möte per månad med egenvårdsutbildning samt restriktioner att följa. Datainsamling skedde innan interventionen startade samt efter tre och sex månader. Ytterligare två datainsamlingar skedde tre och sex månader efter att interventionen avslutats. 104 patienter deltog i studien, bortfallet var 8.	Resultatet visade att livskvalitén blev bättre för undersökningsgruppen vid alla mättillfällen. Förekomst av symptom blev färre. Bättre följsamhet till fysisk aktivitet. Ingen påverkan till att sluta röka eller dricka alkohol. Följsamhet till medicinering förbättrades.
Sales, V. L., Ashraf, M. S., Lella, L. K., Huang, J., Bhumireddy, G., Lefkowitz, :, Feinstein, M., Kamal, M., Ceasar, R., Cusick, E., Norenberg, J., Lee, J., Brener, S., Sacchi, T. J. och Heitner, J. F.	Utilization of Trained Volunteers Decreases 30-day Readmissions for Heart Failure. 2013.	Syftet var att utvärdera om återinläggningar inom 30 dagar kunde minskas genom att använda utbildade volontärer som utbildare.	En kvantitativ prospektiv studie med slumpmässigt urval. Två grupper. Kontrollgruppen fick vanlig sjukhusvård med utskrivning. Undersökningsgruppen fick instruktioner av volontärer före utskrivning, vid utskrivning samt 48 timmar efter utskrivning. Därefter en gång i	Resultatet visade att 7% av de som deltog i undersökningsgruppen blev inlagda inom 30 dagar, i kontrollgruppen blev 19% inlagda. I underaökningsgruppen var det 16% som behövde någon form av vård jämfört med 22% i kontrollgruppen.



Bilaga 1.

			veckan i en månad. 137 patienter deltog i studien.	
Shao, J-H., C, A. M., Edwards, H., Shyu, Y-I. L. och Chen, S-H.	A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heartfailure. 2013.	Syftet var att avgöra hur effektivt ett program för förmåga till egenvård gällande salt och vätskekontroll, beteende, symptom och vårdberoende var för äldre, ej inneliggande patienter.	En kvantitativ studie med slumpmässigt urval. Två grupper. Kontrollgruppen fick vanlig vård plus tre telefonsamtal. Undersökningsgruppen fick vanlig vård plus ett hembesök samt fyra telefonsamtal. Datainsamling vid start, efter fyra veckor, och efter 12 veckor. 108 patienter deltog i studien. Bortfallet var 15.	Förbättring av self-efficacy sågs i båda grupperna efter interventionen. Förmåga till egenvård hade en förbättring över tid för båda grupperna men mer för undersökningsgruppen. Förekomst av symptom minskade i båda grupperna men mer i undersökningsgruppen. Vårdberoendet minskade i undersökningsgruppen men ökade i kontrollgruppen.