



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Kartlegging av ulike veiledning- og undervisningsmetoder for pasienter med hjertesvikt

Mapping of various guidance and teaching methods for patients with heart failure

Leif Richard Frøseth og Trym Hoås

Totalt antall sider inkludert forsiden: 79

Kristiansund, 29.05.18



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: **Cecilie Katrine Utheim Grønvik og Linda Anette Kornstad Nygård**

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 28.05.18

Antall ord: 10456

Sammendrag

Bakgrunn: I dag har over 100 000 mennesker i Norge hjertesvikt og antallet er økende. Det vil bli et økt press på både helseforetak, helsepersonell og ikke minst pasientene selv. En av måtene å lette litt av dette presset på er økt fokus på veiledning og undervisning hos mennesker med hjertesvikt. På denne måten blir pasienten tryggere på seg selv og egen sykdomsmestring som igjen fører til økt livskvalitet og færre besøk hos fastlege, legevakt eller sykehus.

Hensikt: Vår litteraturstudie forsøker å kartlegge disse ulike veiledning- og undervisningsmetodene for å se nærmere på hva som finnes, hva som fungerer og hva som kanskje ikke fungerer.

Metode: Vi samlet 14 forskningsartikler som omhandlet temaet og analyserte funnene i hver artikkel.

Resultat: Vi fant at det finnes flere ulike veiledning- og undervisningsmetoder for pasienter med hjertesvikt og at disse metodene ga en positiv innvirkning på pasientenes liv.

Konklusjon: Det viser seg at det finnes ulike ulike veiledning- og undervisningsmetoder og at disse ga positive endringer i pasientenes liv. Selv om våre funn viste at metodene ga positiv effekt, anbefaler vi økt forskning på temaet og særlig innen individuelt tilpasset undervisning over et lengre tidsperspektiv med avtalte konsultasjoner og telefonoppfølging

Nøkkelord: Hjertesvikt, sykepleie, pasientundervisning, livskvalitet.

Abstract

Background: It is estimated that 100 0000 people suffer from heart failure in Norway and it is expected to increase even. The pressure of the health-care systems also increases along with the pressure on the patients. A way to relieve some of this pressure is by focusing on guidance and lecturing on heart failure for the patients themselves. This can lead to the patients being more in control of the disease and therefore increase life quality.

Purpose: Our study attempts to map the different ways of guidance and lecturing on the subject of heart failure in order to see what different ways that exist and the effects that they have on the patients life quality.

Method: We gathered 14 research articles that contained relevant information and analyzed the findings.

Results: Our findings told us that there are several different guidance and lecturing methods regarding people with heart failure. Those methods gave the patients a positive effect in their life quality.

Conclusion: Even though our findings showed a positive effect we recommend further research especially on the matter of individually adapted guidance and lecturing over a longer period of time with arranged appointments of consultations and follow-up by phone.

Key words: Heart failure, nursing, patient education, quality of life.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Forekomst	2
1.3	Hensikt	2
1.3.1	Avgrensning av hensikt.....	2
1.4	Problemstilling.....	2
2.0	Teori	3
2.1	Kronisk hjertesvikt.....	3
2.2	Livskvalitet	4
2.3	Å leve med kronisk sykdom	4
2.4	Sykepleierens pedagogiske funksjon	5
2.5	Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee	9
2.6	Brukermedvirkning - En lovfestet rettighet.	10
3.0	Metode	11
3.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	11
3.2	Datainnsamling	11
3.3	Kvalitetsvurdering.....	14
3.4	Etiske overveielser	15
3.5	Analyse	15
4.0	Resultat	17
4.1	Veiledning.....	18
4.2	Betydning av telefonsamtaler	20
4.3	Effekt av hjemmebesøk.....	20
4.4	Effekt av gruppemøter og poliklinikk.....	21
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon	22
5.1.1	Datainnsamling og søkestrategi	22
5.1.2	Kvalitetsvurdering.....	23
5.1.3	Analyse	24
5.1.4	Kan vi stole på resultatene?	24
5.2	Resultatdiskusjon	26
5.2.1	Veiledning og undervisning til pasienten	26
5.2.2	Poliklinikk: en arena for oppfølging og pasientundervisning.....	27

5.2.3	Veiledning i hjemmet.....	29
5.2.4	Telefonveiledning: et verktøy for oppfølging.....	30
6.0	Konklusjon	31
7.0	Referanseliste.....	32

Vedlegg 1 PICO-skjema

Vedlegg 2 Analyseskjema

Vedlegg 3 Søkeresultater fra databaser

Vedlegg 4 Søkeresultater fra manuelle søk

Vedlegg 5 Oversiktstabell forskningsartikler

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi har valgt å skrive om ulike veiledning- og undervisningsmetoder hos pasienter med hjertesvikt da dette er noe som vil fortsette å øke i tiden fremover ettersom befolkningen stadig blir eldre. Disse pasientene finner vi både i hjemmet, sykehjem, sykehus eller andre institusjoner. De siste årene har det blitt gjort noen fremskritt innen fagfeltet men likevel er hjertesvikt noe som gir høy sykkelighet og dødelighet og dette er noe som mest sannsynlig kommer til å vedvare i tiden fremover (Gullestad og Madsen 2004). Vi har sett mange av disse pasientene med en eller annen form for hjertesvikt gjennom praksis og jobb som har kommet inn på sykehus med brystmerter.

Vi visste at vi mest sannsynlig ville se disse personene igjen ved senere anledninger i samme situasjon og spurte oss selv om det ikke fantes noen form for veiledning eller undervisning for denne pasientgruppen og hvordan det ble utført på.

Hjertesvikt er en tilstand som krever en tidlig intervensjon, undervisning og veiledning og støtte (Fåln, Instenes og Norekvål 2013). I studien til Strömberg (2005) ser vi at pasientundervisning er viktig for at pasienten skal klare å tilpasse seg sin kroniske lidelse. Men undervisning alene er ikke det samme som at informasjonen har blitt oppfattet og forstått. Viktigheten av kvalifisert helsepersonell gjør seg gjeldende for å sikre god kvalitet på undervisningsinnhold og metode. Vi valgte å ha et pasientfokus da det var viktig for oss å vite om veiledning- og undervisningsmetodene faktisk gjorde en forskjell. Det stilles stadig større krav til helseforetak og spesialisthelsetjenester og dette kommer ofte frem også i mediebildet. Det som det ikke er like mye fokus på er at det også vil stilles større krav til pasientene og deres evne til å mestre egen helse ettersom trykket på helsetjenestene øke, bemanningen ofte kan være på et minimum og arbeidsmengden stor.

1.2 Forekomst

Rundt 100 000 nordmenn lider av hjertesvikt. Det tilsvarer omtrent 2 prosent av befolkningen og antallet er ventet å øke i takt med at befolkningen blir eldre. Det legges inn i overkant av 30 000 hjertesviktpasienter årlig og koster samfunnet betydelige summer. Selv om det i dag er mer fokus på ulike risikofaktorer som kolesterolnivå, blodtrykk, røyking og overvekt og diabetes er det vanskelig å forutse hvilke innvirkning dette vil ha på sykdomsbildet i fremtiden. Av pasienter med kronisk hjertesvikt dør omtrent halvparten etter fire år. Av pasienter med alvorlig grad av hjertesvikt dør nesten halvparten allerede innen ett år. Selv om fremskritt har blitt gjort de siste årene er hjertesvikt fremdeles en tilstand med høy sykkelighet og dødelighet. Dødeligheten ved hjertesvikt vil mest sannsynlig fortsette å være betydelig og per i dag er forebygging det viktigste tiltaket for å redusere belastningen på samfunnet og pasienten (Gullestad og Madsen 2004).

1.3 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å kartlegge ulike undervisning-og veiledningsmetoder for pasienter med hjertesvikt

1.3.1 Avgrensning av hensikt

Vi har valgt å ha et pasientperspektiv fordi vi ville vite hva slags effekt og innvirkning veiledning- og undervisningsmetodene hadde på pasienten. Oppgavens målgruppe når det gjelder pasientgruppe vil i all hovedsak være voksne, hjemmeboende personer fra 18 år med en kronisk hjertesvikt. Vi legger ikke vekt på den medikamentelle behandlingen av de ulike symptomene i denne studien, og heller ikke på de ulike typer hjertesvikt som finnes.

1.4 Problemstilling

Hvilke former for veiledning og undervisning har effekt på livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt.

2.0 Teori

2.1 Kronisk hjertesvikt

Ved hjertesvikt er hjertets evne til å pumpe blod svekket sammenlignet med et normalt, friskt hjerte. Dette medfører gradvis reduksjon av minuttvolumet i hjertet ved belastning og deretter i hvile. Vitale organer prioriteres mens blodtilførselen til nyrer, lever mage-tarm og huden blir redusert. Dårlig blodtilførsel til nyrene gir dårligere urinutskillelse noe som fører til økt blodvolum. Dette øker belastningen på hjertet ytterligere (Jacobsen et al. 2015).

Vanlige symptomer og tegn:

- Tungpusthet eller Dyspné
- Økt tretthetsfølelse
- Ankelødemer
- Nykturi
- Perifer cyanose

(Jacobsen et al. 2015, 47)

Tungpusthet eller dyspne kan være vanlig hos pasienter med hjertesvikt selv ved dagligdagse aktiviteter (funksjonsdyspné). En kan føle seg slapp og svak på grunn av at muskelvevet ikke får tilført nok energi og oksygen som kommer fra blodet. En kan også få hovne ankler eller bein som følge av væskeopphopning, ødemer.

Det finnes ulike typer hjertesvikt, avhengig av hvilken type skade hjertet har blitt påført.

Ulike årsaker til hjertesvikt kan være

- Høyt blodtrykk
- Koronarsykdom
- Arytmier
- Lungesykdom
- Klaffefeil
- Andre årsaker

(Jacobsen et al. 2015, 47)

Diagnosen stilles på bakgrunn av sykehistorien. Kartlegging av symptomer er viktig, som for eksempel om pasienten er tungpustet ved aktivitet, om beina hovner opp om kvelden, om det er best å ligge med overkroppen hevet ved sengeleie og hyppigheten av vannlating om natten (Eikeland, Haugland og Stubberud 2016).

Hjertesykdom klassifiseres etter New York Heart Associations (NYHA) Kriterier:

Klasse 1	Pasienten har hjertesykdom men ikke nedsatt funksjon
Klasse 2	Pasienten har dyspné ved moderat fysisk anstrengelse
Klasse 3	Pasienten har dyspné ved lett fysisk anstrengelse
Klasse 4	Pasienten har hviledyspné

(Jacobsen et al. 2015).

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet betegner pasientens kvalitet i i livet og deles inn i en subjektiv og en objektiv dimensjon. Den subjektive dimensjonen består av pasientens opplevelse av det å leve et godt liv. Den objektive dimensjonen består av levekårene, altså ut i fra materielle forhold Krogh (2002). Siri Næss (2001) definerer begrepet livskvalitet på følgende måte: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative.”

Livskvalitet handler om velvære i selve livet og det å unngå sykdom er en viktig faktor for å beholde livskvaliteten. Hvordan andre opplever og vurderer ens liv spiller også inn på livskvaliteten. Pasienten kan oppleve egenverdi i livet på grunn av at andre opplever verdien av livet (Travelbee 1999).

2.3 Å leve med kronisk sykdom

Mange spør seg selv ”hvordan kunne dette hende meg?”. Noen blir helt numne, andre får ulike, sterke følelsesmessige reaksjoner. Alvorlige sykdommer som kronisk hjertesvikt kan naturlig nok føre til angst, spesielt med tanke på tiden fremover. Hva venter nå, hvor syk vil jeg bli, hva om jeg får et nytt infarkt? En slik situasjon kan vekke eksistensielle følelser og tanker rundt det livet en har levd, og hva en har oppnådd. De som føler at tiden er begrenset, verdsetter den kanskje enda mer enn de hadde gjort tidligere (Berge og Fjerstad 2016).

Hjertesvikt er en type livsstilsykdom. Ordet livsstilsykdom blir ofte assosiert med skyld. Det er som en anklage om at det er vår egen skyld at vi ble syke. Ikke bare har en altså blitt alvorlig syk, men en har også fått skylden for det selv. Da er det lett å ty til selvbebreidelse og miste troen på seg selv og føle seg mislykket. De evige helserådene om kosthold og ernæring, nok trening, riktig pusteteknikk og positive tanker kan noen ganger gjøre vondt verre.

Hele tiden får vi høre at det er opp til oss selv. Det er våre valg og våre handlinger som avgjør om vi skal bli syke eller friske. For hvem vil vel bli syk? Derfor dynges vi ned, av krav til oss selv, og av krav fra andre. Det blir for mye. Det ble for mye for lenge siden (Berge og Fjerstad 2016, 24).

Vi trenger ny kunnskap og forståelse som står nærmere sannheten. Sannheten er at sykdom ofte oppstår på grunn av faktorer som vi ikke har kontroll på, som for eksempel arv, oppvekst, mangel på informasjon, ulykker og ikke minst ren og skjær uflaks. Det er dette som er de absolutt viktigste årsakene til alle typer sykdom (Berge og Fjerstad 2016).

2.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Den pedagogiske funksjonen til sykepleieren kan bestå av oppdagelse, vekst, læring, mestring og utvikling. Dette er begreper som alle krever konkretisering for å gi mening. For en pasient med hjertesvikt kan disse begrepene bety at han tar til seg ny kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør at han mestrer sykdommen sin i større grad og på den måten øker livskvaliteten. Læring, oppdagelse, vekst, mestring og utvikling kan bety økt økt kompetanse i for eksempel det å leve med en form for helsesvikt, mestre konsekvenser av behandling av ulike typer symptomer som ødemer, dyspne og brystmerter. (Tveiten 2014).

Å undervise og veilede pasienter individuelt

Det stilles særlige krav til sykepleiere som skal undervise og veilede et sykt menneske. I tillegg til de pedagogiske vurderingene og valgene sykepleieren må gjøre ovenfor pasienten kan sykepleieren også ha ansvar for andre sykepleiefunksjoner. Situasjonen kan ofte være kompleks og det er mange faktorer som kan spille inn på de pedagogiske vurderingene.

Hensikten med undervisning og veiledning av pasienter kan være å legge til rette for at mestringskompetansen når det gjelder egen sykdom eller symptomer styrkes,

det kan være å legge til rette for forståelse for sykdommen, for holdningsdannelse, eller det kan være mestring av ferdigheter eller prosedyrer knyttet til sykdommen. Det er viktig å samarbeide med pasienten når det gjelder hva som er hensikten. Av og til kan pasienten trenge at sykepleieren forteller hva som er realistisk ut i fra sykepleierens kunnskap og erfaring. At hensikt og mål er realistiske, kan bidra til at motivasjonen for trening opprettholdes (Tveiten 2014, 163)

Å ha et godt samarbeid med pasienten om målene for undervisning og veiledning handler om å tilrettelegge for medvirkning fra pasientens side noe som er i tråd med intensjonen om brukermedvirkning. Disse målene kan kan for eksempel inngå i en pleieplan. På denne måten blir dokumenteringen av undervisningen og veiledningen vektlagt samt at det blir lettere å se tilbake på hvilken effekt det hadde (Tveiten 2014).

Å undervise og veilede i grupper

Undervisning i grupper er aktuelt både på helsestasjoner, sykehus, i polikliniske grupper eller i regi av ulike pasientorganisasjoner. I en doktorgradstudie fra 1998 ble det i følge Tveiten (2014) funnet at kreftpasienters håp styrkes av å delta i grupper ledet av kompetente sykepleiere. Det finnes også ulike læring- og mestringssentre som tilbyr ulike gruppetilbud til pasienter med like diagnoser, for eksempel de med kronisk hjertesvikt. Disse kan være ledet av likemenn med samme diagnose eller har annen relevant erfaring med temaet. Den som leder møtet trenger ikke ha relevant helsefaglig kompetanse. Ofte bør individuell oppfølging i tillegg til grupper også vurderes hos den enkelte. En av fordelene med det å være i en gruppe med andre som oppleves som likestilte, er at en kan føle en fellesskapsfølelse og samhørighet ovenfor de andre deltakerne. Etterhvert vil en føle en trygget og det blir lettere å stille spørsmål eller å høre andre stille spørsmål som en kanskje ikke våget å stille eller ikke kom på å stille. Dette bidrar igjen til økt bevisstgjøring av egen situasjon. Om en derimot ikke føler denne tryggheten kan en risikere å ikke våge å komme med spørsmål eller kommentarer. Derfor bør gruppene være individuelt tilpasset i tillegg til at gruppestørrelsen er gjennomtenkt. En gruppe på mellom 6 og 8 personer kan være en egnet størrelse. Stor nok til å holde på samhandlingen og dynamikken i samtalene men liten nok til at deltakerne opplever den tryggheten som skal til for å ta del i kommunikasjonen.

Hva som skjer i en gruppe, påvirkes i stor grad av hvem deltakerne er. En lukket gruppe består av de personene som er der fra gruppen ble etablert, og den er vanligvis ikke åpen for at nye kan komme inn underveis (Tveiten 2014, 182)

For å kunne danne grupper må sykepleieren invitere pasienter til å delta. Det kan gjøres gjennom å arrangere ulike informasjonsmøter, oppslag i avdelingen, skriftlig informasjon eller i forbindelse med polikliniske konsultasjoner. I forkant bør en som sykepleier ha kontroll på følgende punkter:

- At det er struktur på innholdet
- Å vite hensikten med gruppen
- At det er enighet mellom gruppeleder og gruppedeltakerne om verdier og normer innad i gruppen
- At det er en fast leder
- Å vite hvor, når og hvor ofte gruppen skal møtes.

Det er viktig at de som deltar opplever at det er frivillig og at hensikten og innholdet er tydelig og konkret. ”Hovedideen med grupper er at samhandling med andre har betydning i seg selv (Tveiten 2014, 183)” Å høre om andres opplevelser kan bidra til ufarliggjøring og alminneliggjøring. Det kan også føre til nye måter å tenke på, bearbeiding av følelser, nye perspektiver og å skape nettverk med som kan bidra til å styrke egen mestring av situasjonen. Å snakke med andre som befinner seg i samme situasjon kan gi en følelse av å virkelig bli forstått fordi opplevelsene og erfaringene er like.

I mange selvhjelpsgrupper for hjertepasienter får deltakerne verbal informasjon fra sykepleier allerede mens de ennå er innlagt på sykehus, samt brosjyrer. De får også en metodebok som er mye brukt. Denne inneholder ulike temaer som skal diskuteres i gruppene. Temaer som fysisk aktivitet, brystsmertter, alkohol og tobakk, hjertets anatomi, følelsesmessige reaksjoner og sosialt nettverk. Disse gruppene ledes av deltakerne selv men sykepleierne kan kontaktes om det skulle være behov for faglig assistanse i diskusjonene (Tveiten 2014).

Informasjon

Som sykepleiere har vi plikt til å informere både pasienter og pårørende i henhold til helsepersonelloven.

Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker (Helsepersonelloven 1999).

Uansett hvor hvor snevert eller vidt man definerer begrepet informasjon, er informasjon veldig viktig. Mangel på tilstrekkelig informasjon kan gi usikkerhet, utrygghet og økt lidelse for pasienten (Tveiten 2014).

Instruksjon

Instruksjon i sykepleiesammenheng betyr å vise hvordan noe skal gjøres eller bør gjøres. Et eksempel kan være hvordan en pasient skal ta medikamentene sine. For at en sykepleier skal kunne gi en god instruksjon må det kombineres med veiledning og undervisning både før og etter (Tveiten 2014).

Undervisning

I sykepleiesammenheng er undervisning en planlagt pedagogisk virksomhet der sykepleieren som på forhånd har satt seg inn i det aktuelle temaet, formidler kunnskap til en student, pasient, pasientgruppe eller pårørende. Selve undervisningen kan foregå på forskjellige måter, det kan for eksempel være i form av å begynne med å forelese eller fortelle for deretter å vise en video eller utstyr som er aktuelt (ulike sprøyter, bandasjer, inhalatorer osv.) Sykepleieren kan også åpne for dialog ut i fra pasientens behov og for å knytte bedre sammen teori og praksis (Tveiten 2014).

Veiledning

Tveiten (2014) definerer veiledning ”som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.”

Dialogen mellom veileder (sykepleier) og fokuspersonen er viktig ved veiledning. Den som skal bli veiledet skal selv oppdage og lære. Dette kan også føre til styrket mestringskompetanse for pasienten. For å kunne oppnå dette er det viktig at sykepleier møter pasienten *der pasienten er*. Det å se pasienten, oppnå tillit og skape et grunnlag for veiledning (Tveiten 2014).

2.5 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Vi har valgt å gjengi noen av ordene til Joyce Travelbee i vår teori da hun sier noe om helsefremmende undervisning, mennesket som ”pasient” og definisjonen av dette samt kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Hun vektlegger også viktigheten av det å finne mening i sykdom og lidelse, noe som er høyst aktuelt i vår studie.

Helsefremmende undervisning handler om mer enn å lære en pasient å administrere egne medikamenter, fortolke legens informasjon for pasienten eller å formidle informasjon til pårørende.

Kjernen i all helsefremmende undervisning er (om nødvendig) å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene (Travelbee 1999, 35).

Helsefremmende undervisning er også det å bistå syke mennesker med å finne mening i selvfornektelsene og ofrene som de oppfordres til å gjøre for å kunne bevare helsen. Hvis en ikke ser meningen med den type handlinger er kanskje ikke vanlig opplæring rundt et tema nok. Det å hjelpe mennesker med å gjenvinne helsen sin etter sykdom er en tilfredsstillende i dagens sykepleie. En måte sykepleiere gjør dette på er å hjelpe den syke til å mestre sykdommen sin. Dette gjøres ved at det etableres en relasjon mellom sykepleieren og den syke. Gjennom denne relasjonen kan den syke se at han ikke er alene og se at i nødens stund finnes det i alle fall en person som forstår, har kunnskap om temaet og som det kan søkes hjelp mot.

Mange vil oppleve å aldri bli friske. De må lære å leve med en langvarig sykdom. Sykdommer der helbredelse ikke er mulig for eksempel bindevevssykdommer, muskel- og skjelettlidelser, lungelidelser og ulike kreftformer. ”En dyktig sykepleier vet at et av de største problemene vil være den sykes egen holdning til sykdommen, på grunn av konsekvensene den kan få for ham selv og familien (Travelbee 1999, 36)”

Skal altså sykepleieren være i stand til å hjelpe den syke må sykepleieren sette seg inn i hvordan den syke selv oppfatter sin sykdom (Travelbee 1999).

Når det ikke er mulig for den syke å gjenvinne helsen helt på grunn av at sykdommen eller lidelsen er kronisk vil sykepleierens oppgave være å hjelpe den syke til å oppnå optimal helse på høyest mulig nivå det lar seg gjøre. Dette standpunktet lar seg ikke tilbakevise men det krever sitt av sykepleieren.

Den profesjonelle sykepleieren må gå inn for å hjelpe den enkelte og familien ikke bare til å mestre sykdom og lidelse, men til å finne mening i disse erfaringene. Det er den profesjonelle sykepleies vanskelige oppgave, som ikke må unnviks (Travelbee 1999, 37).

Sykepleiere bør kunne finne like stor glede i å bistå syke med å finne en mening i sykdommen sin som i det å hjelpe dem til å bli friske. Det kan gjøres *noe* for syke mennesker uansett hvor dårlige de er (Travelbee 1999)

Mennesket som ”pasient”

”Pasienten” er en avledning hvor det følger ulike forventninger til hva som skal gjøres, hvor en ikke tenker på mennesket men på oppgavene rundt det.

Rollen som ”sykepleier” på overskrides dersom en skal kunne se og relatere seg til andre mennesker som menneske, i stedet for som ”sykepleier” til ”pasient.” Det individuelt unike hos ”sykepleieren” oppleves av ”pasienten” slik det unike hos ”pasienten” oppleves av ”sykepleieren”. Det er bare når en står ovenfor hverandre som menneske til menneske, noe som innebærer overskridelse av roller, at et virkelig forhold kan etableres (Travelbee 1999, 64).

Sykepleiere kan se mennesket i hver arbeidsoppgave. Men etter som årene går er det mulig for sykepleieren å miste denne evnen og heller se sykdommen i stedet for pasienten (Travelbee 1999).

2.6 Brukermedvirkning - En lovfestet rettighet.

Brukere har rett til å medvirke i behandlingen og helsetjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning innebærer at brukeren blir betraktet som en likemann i diskusjoner og beslutninger som angår han eller henne.

Definisjonen av en bruker er en som benytter seg av relevante tjenester av en eller annen form. Brukermedvirkning er et virkemiddel på flere nivå. Det kan bidra til økt treffsikkerhet i forhold til å utforme og gjennomføre ulike helsetilbud.

I tillegg har medvirkningen en egenverdi på grunn av at mennesker som søker hjelp, ønsker å motta hjelp på egne premisser, bli sett og respektert ut i fra kraften av egen grunnleggende verdighet. Alle som har behov for koordinerte og langvarige tjenester oppfordres til å få utarbeidet en individuell plan, der en kan ytre sine ønsker, mål og tjenestebehov (Helsedirektoratet 2017).

3.0 Metode

Hensikten med denne litteraturstudien var å få oversikt over ulike veiledning- og undervisningsmetoder for pasienter med hjertesvikt. Ifølge Eines et al. (2018) skal det utføres en litteraturstudie ved bacheloroppgaven. En litteraturstudie er ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) å systematisk komme frem til et tydelig formulert spørsmål som kan besvares med å finne artikler av god kvalitet som kan svare på problemstillingen ved å systematisk identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

Det er viktig at metoden beskrives så tydelig at andre skal kunne gjenta undersøkelsen. Beskrivelse av datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse bør fremkomme tydelig i oppgaven (Eines et al. 2018).

3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjon

Våre inklusjonskriterier var studier som undersøkte pasienter med hjertesvikt. Artikkene skulle være i fulltekst og ikke være eldre enn 5 år. I hovedsak så vi etter RCT-artikler som undersøkte effekt av tiltak. Alle artikkene skulle være etisk godkjent og ha en publiseringsnivå 1 eller nivå 2. Pasientenes alder var fra 18 år og oppover.

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte reviewartikler og fagartikler men tok vare på artikkene med relevant innhold til senere bruk i resultatdiskusjon. Artikler som omhandlet pasienter på sykehus eller sykehjem ble også ekskludert.

3.2 Datainnsamling

Pi(c)o-skjema

I starten av arbeidet med oppgaven satte vi opp et PICO-skjema (population, intervention, comparison og outcome) som gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk. Ut ifra problemstillingen vi har, så blir kjernes spørsmålet i oppgaven «Hva kan vi gjøre for å forebygge eller behandle problemet?» noe som RCT (randomisert kontrollstudie) kan

svare best på. Vi er da ute etter effekt av tiltak. Vi valgte å ikke bruke comparison fordi vi ikke skal sammenligne tiltaket (intervention) med et annet tiltak. (Nordtvedt et al 2012)
Vi valgte også å inkludere kohortstudier fordi disse studiene tar for seg oppfølging av en gruppe mennesker i en gitt tidsperiode (Nordtvedt et al 2012).

Søk 1: Ovid Medline

I begynnelsen av februar gjorde vi et søk på Ovid Medline. Vi begynte da å lese gjennom abstrakter fra artiklene vi hadde funnet og vi fant en som virket aktuell for vår studie og som vi valgte å ta med videre.

Noe senere gjorde vi et nytt søk der vi kombinerte søkeordene fra populasjon/pasientgruppe fra pico-skjemaet. Vi kombinerte ordene Ischemic heart disease, chronic heart failure, congestive heart failure med OR mellom hvert søkeord. Det samme gjorde vi med søkeordene fra intervensjon I picoskjemaet som inneholdt nursing care og nurs*. Med trunkering kan vi få artikler med forskjellige variasjoner av ordet nurs, noe som kan øke søkeresultatene. Vi kombinerte søkeord fra Outcome/utfall som lifestyle changes og quality of life.

Når vi søkte etter artikler så var det første vi så etter var om artiklene hadde abstrakt og var bygd opp etter IMRAD-struktur, noe som beskriver studiens hensikt, hvordan den blir gjennomført og analysert, hvilke resultater de kom fram til og diskusjon om resultatet og temaet.

Ved bruk av å kombinere ord fra PIO-skjema, utførte vi søk i ulike databaser som ga oss resultat som vi vil få bruk for i oppgaven (Nordtvedt et al 2012).

Vi brukte hovedsakelig Ovid Medline og Cinahl for innsamling av forskningsartikler. Ovid Medline er en database for medisin, helse og biologi som ga oss mange treff. Cinahl er en database som inneholder tidsskrifter innen sykepleie.

Alle søkeord ble utført på engelsk. Kombinasjonsordene vi har fra Population, intervention og outcome kombinerte vi sammen med AND, noe som gjør at søket blir avgrenset til artikler som inneholder begge søkeordene. Dette gjorde at resultatene kom på 329 artikler. Videre begrenset vi søket med å avgrense språket til Norsk, svensk, dansk og engelsk. Også skulle artiklene være maks 5 år gamle, og vi begrenset aldersgruppen i artiklene til «all adults» (19 år og eldre ut i fra Ovid Medline). Søkeresultatet endte med 99 artikler hvor 10 abstrakter ble lest, 8 artikler ble lest og 6 ble inkludert.

Søk 2: Cinahl

Ved bruk av Cinahl så kom det opp forslag til andre ord når vi skrev inn i søkefeltene. Så når vi skrev først inn «heart failure» kom det flere forslag med OR imellom som chronic heart failure, congestive heart failure. Ved å kombinere søkeord med OR så utvides søket med artikler som inneholder et eller begge av ordene. Andre forslag til ord fikk vi også ved søking på «quality of life» og «nursing care» (se vedlegg 3). Ved å kombinere AND mellom de ulike søkeordene, avgrenset språk til engelsk, norsk, dansk og svensk og avgrense utgivelsesår fra 2013 til 2018 fikk vi 50 artikler hvor 5 abstrakter ble lest, 1 artikkel ble lest og inkludert.

Søk 3: Manuelle søk

Før vi startet med et nytt søk på Ovid Medline, søkte vi Chronic heart failure (CHF) og heart failure (HF) på Svemed for å finne MeSH terms. MeSH er medisinske nøkkelord som brukes av The National Library of Medicine for å indeksere referanser til databasen Ovid Medline (Nordtvedt 2012). Vi fant ut at CHF ikke var en MeSH-term og at HF var det. Selv om CHF ikke var en MeSH-term, kunne vi søke det som keyword kombinert med HF i Ovid Medline. Ved å bruke «explore» ved søk av MeSH-terms får man inkludert andre ord som er klassifisert under MeSH-terminen. Vi kombinerte CHF og HF med Nurse (explore). På dette søket fikk vi fire artikler hvor en ble lest, men ikke inkludert. Når vi leste en artikkel på sciencedirect.com fant vi tre andre artikler som var anbefalt. Disse artiklene gjorde vi manuelle søk på google scholar, slik at vi visste at det var mulig å søke de opp igjen. Artiklene som ble funnet på sciencedirect førte vi inn i et skjema der artikkel og nettside hvor de anbefalte artiklene ble funnet (vedlegg 5)

Søk 4: Cinahl

Vi bestemte oss i april for å finne flere artikler til litteraturstudien. Da brukte vi Cinahl hvor vi søkte på heart failure hvor vi fikk forslag til andre ord som heart failure ,cardiac failure, chf, chronic heart failure og congestive heart failure som vi kombinerte med OR. I tillegg søkte vi på nursing care som fikk forslag til andre søkeord som nursing intervention, nursing assessment, nurses, nursing management som vi også inkluderte i søkeprosessen. Det samme gjorde vi når vi søkte på quality of life hvor ord som well being, health related quality of life kom som forslag (se vedlegg 3). Disse kombinasjonene koblet vi sammen med AND og dette resulterte i 120 artikler hvor 1 artikkel ble lest og inkludert.

Ikke så lenge etter gjorde vi ett nytt søk på Cinahl med samme kombinasjonsordene til heart failure som vi kombinerte med educational intervention. Da fikk vi et resultat på 33 artikler hvor 2 artikler ble lest og 2 inkludert.

Søk 5: Svemed

Vi gjorde noen søk på Svemed som er en nordisk søkemotor. Her brukte vi de samme søkeordene under Populasjon (P) som brukt i Cinahl. Vi kombinerte ordene under Outcome (O). Ved å kombinere P og I med AND fikk vi 240 artikler som vi reduserte ned til 54 ved å sette inn utgivelsesår 2013-2018. Av 54 artikler ble bare 1 artikkel lest og ingen inkludert. Fleste av artiklene fra Svemed var fagartikler og oversiktsartikler noe som vi ikke kan bruke i resultatene i oppgaven, men som kan være et godt verktøy under diskusjonen. Dette søket ble ikke ført inn i søkehistorikken siden ingen artikler ble inkludert.

3.3 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsvurdere disse artiklene, startet vi først med å kvalitetsvurdere alle artiklene hver for oss. Etter å ha lest gjennom og vurdert artiklene sammenlignet vi hverandres vurderinger. Dette gjorde vi for å forsikre at vi hadde forstått artiklene korrekt. Vi brukte Folkehelseinstituttets (2014) sjekklister for randomisert kontrollert studie og kohort-studie. Sjekklister ga oss god hjelp til vurdering av artiklene, men de var ikke absolutte. Først er det to overordnede spørsmål man må stille;

- Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
- Er designet velegnet til å besvare problemstillingen? (Nordtvedt et al. 2012)

Om vi svarte nei på noen av spørsmålene nevnt over, så var det spørsmål om man skal fortsette med artikkelen eller ikke. Om man fortsetter å lese artikkelen, så er det tre kontrollspørsmål en må stille:

- Kan du stole på resultatene
- Hva er resultatene
- Kan resultatene brukes i min praksis (Nordtvedt et al. 2014)

Ved å svare på spørsmålene i sjekklista kunne vi vurdere. Hvis alle kriteriene ble fullstendig eller nesten oppfylt ble artikkelen vurdert god. Om artikkelen ikke oppfylte alle kriterier men likevel ga svar på det vi var ute etter så ble artikkelen vurdert til middels. Om ingen av spørsmålene var besvart eller beskrevet ble artikkelen vurdert til dårlig og ikke inkludert. Av totalt 26 artikler som ble kritisk vurdert, så satt vi igjen med 14 artikler. Selv om sjekklistene ikke hadde spørsmål om forskningen var etisk vurdert, så belyste vi om studien hadde det eller ei. Et inklusjonskriterie i vår litteraturstudie er at samtlige artikler skulle være etisk godkjente.

3.4 Etiske overveielser

Moralen i forskning er å være sannhetssøkende. Mangfoldig sett av verdier, normer og institusjonelle ordninger er med på å konstituere og regulerer vitenskapelig virksomhet. Å drive med forskning stiller krav til forpliktelser for sannhet, nasjonale og internasjonale reguleringer, men også ansvar for kollegaer, andre mennesker, miljø, dyr og samfunn (etikkkom.no 2016). Alle våre forskningsartikler er etiske godkjente. Selv om det ikke er noe spørsmål om etisk godkjenning i sjekklisten for RCT og kohort studie, så er det et krav til litteraturstudien at artiklene skal være etisk godkjent (Forsberg og Wengström 2013). Et inklusjonskriterie var at alle artiklene skulle være etisk godkjent, på grunn av at all forskning som omfatter medisinske og helsefaglige spørsmål krever godkjenning fra regional etisk komite (Sørbye 2012)

3.5 Analyse

Vi valgte å bruke Evans (2002) fire steg i analyseprosessen i vår litteraturstudie. Evans (2002) deler analysen inn i fire steg:

- Identifisering av artikler
- Identifisere nøkkelfunn i hver studie
- Finne ulike tema på tvers av studiene
- Samle felles funn

Fase 1

Vi startet først med å søke i ulike databaser med utgangspunkt i PIO-skjemaet. Ved å lese abstraktet bestemte vi oss om vi skulle fortsette å lese artikkelen. Interessante artikler ble skrevet ut, for å enklere kunne lese og markere funn. Artikkene som ikke fylte våre krav ble ikke inkludert mens de vi vurderte som gode eller middels ble tatt vare på (Evans 2002)..

Fase 2

Etter at vi har innsamlet, kvalitetsvurdert og godkjent artiklene leste vi gjennom resultatene sammen og markerte nøkkelfunn. For å ikke påvirke resultatet, prøvde vi å nullstille hodene våre og ikke tenkte på de tiltakene vi ville ha gjort selv. Vi hadde valgt å bruke RCT-artikler fordi de vil belyse om tiltak som kan være til hjelp for pasientens livskvalitet som det var gjort forskning på. (Evans 2002).

Fase 3

I tredje fase analyserte vi resultatene i hver artikkel. Vi markerte relevante funn og ulikheter som vi førte inn i en oversiktstabell (vedlegg 5). Etter at alle artiklene var analysert, skrev vi ut alle resultatene på hvert sitt ark som vi sammenlignet med hverandre. Funnene ble videre plassert i et tabell hvor alle funnene og artiklene ble ført opp. Ved å sette opp en tabell med de ulike tiltakene som ble representert i de ulike artiklene gir oss som leser en god oversikt over hva som er gjengangere og hvilke tiltak som skiller seg ut. Det var viktig at vi fant tiltak som belyser oppgavens hensikt (Evans 2002)..

Fase 4

I fjerde fase sammenlignet vi resultatene og kom frem til et hovedfunn, med flere synteser som beskriver funnene som er blitt gjort i de ulike artiklene (Evans 2002).

Vi laget et analyseskjema (vedlegg 2) som et verktøy for å se hvilke type funn vi hadde og hvilke artikler som inneholdt informasjon om de forskjellige funnene. Ut i fra denne fant vi ut at veiledning var et hovedfunn som gikk på tvers av tre undergrupper som bestod av de ulike konsultasjonene som ble utført i forskningsartikkene.

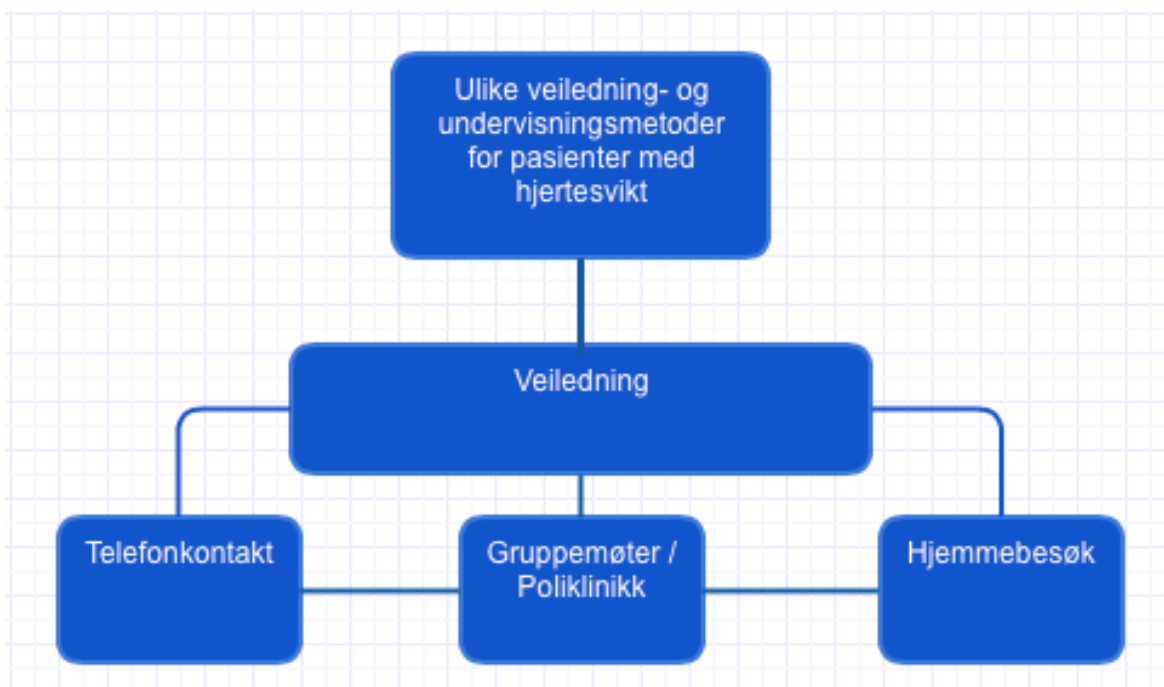
4.0 Resultat

Det kommer frem i vår litteraturstudie at det finnes flere ulike veiledning- og undervisningsmetoder for pasienter med kronisk hjertesvikt i dag. De fleste av dem består av undervisning og veiledning i forskjellige temaer som ernæring, kosthold, symptomgjenkjenning, ulike mestringsstrategier, tips til en enklere hverdag eller fysisk aktivitet. Undervisning og veiledning kan foregå i hjemmet, i gruppemøter på poliklinikker og via telefonsamtaler (se vedlegg 2).

Virkingen av disse metodene varierer ut i fra bruk og metode men vi ser viktigheten i at pasientene får veiledning og undervisning uansett type konsultasjon og at hyppighet og oppfølging på en individuelt tilpasset måte er gunstig for å ivareta pasientens livskvalitet og egenomsorg.

For å synliggjøre våre funn har vi laget en visuell oversikt over våre hovedfunn. Vi ser at veiledning er en overordnet metode i alle konsultasjoner, men kontakt via telefon, poliklinikk eller hjemmebesøk er viktige brikker for å kunne gi veiledning og undervisning på en trygg og hensiktsmessig måte.

Oversiktsfigur over funn.



4.1 Veiledning

Alle artiklene som vi inkluderte tok for seg ulike metoder å undervise og veilede pasienter til å øke forståelsen av sykdom og livsstilsendringer. Temaer som de ulike helsepersonellene underviste og veiledet pasientene om var fysisk aktivitet, kosthold, medisinbruk, stressmestring, symptomgjenkjenning og behandling. Vår litteraturstudie viser at sykepleieleddet hjertesviktveiledning forbedrer pasienters livskvalitet og reduserer sykehusreinnleggelseser.

Både Liou et al. (2015), Sezgin et al. (2017) og Köberich et al. (2014) undersøke effekten av sykepleieleddet egenomsorgs-program. Hver pasient i forsøksgruppa fikk en hel undervisningsdag hvor de fikk opplæring av gjenkjenning av hjertesvikt, overholde reseptbelagt medisin, kostholdsveiledning, veiledning om salt-og fettreduert kost, begrenset væskeinntak, treningsveiledning, livsstilsforandringer og vurdering og behandling av symptomer. Forsøksgruppene viste til et signifikant høyere resultat i egenomsorgsattferd. I tillegg hadde Liou et al.(2015) en kunnskapstest i starten og slutten av undersøkelsen noe som viste økt kunnskap om hjertesvikt. Det var også signifikant forbedring i NYHA's funksjonalitetsforbedring blant forsøksgruppa sammenlignet med kontrollgruppa (Liou et al. 2015).

I Whitaker-brown et al. (2016) sin studie undersøkte de effekten av et fireukers undervisningsprogram for forbedret livskvalitet på pasienter med hjertesvikt, altså en kortere intervensjon. Pasientene møtte opp på klinikken 1-3 dager etter utskrivelse for individuell og omfattende hjertesviktsopplæring. Programmet inkluderte ukentlige besøk på klinikken for opplæring og støtte. Hver konsultasjon bestod av fysiske målinger og evalueringer som vitale tegn, vektmåling, auskultasjon, ødemer i nedre ekstremiteter og venestuvning. Pasienten skulle i tillegg daglig levere informasjon per telefon om mat- og væskeinntak, blodtrykk og vekt til praktiserende sykepleier. Alle klinikk møtene baserte seg på evidensbaserte tiltak for hjertesviktbehandling og fokuset på konsultasjonene var pasientundervisning og tilrettelegging av pasientens behov for helsehjelp i hverdagen. Resultatene fra denne studien viste signifikant forbedring i livskvalitet og fysiske symptomer.

Både Sedigheh et al. (2013), Jurgens et al. (2013) og Chen et al. (2018) undersøker ukentlig fysisk aktivitet. Dette resulterte i økt fysisk kapasitet som har en sammenheng

med økt livskvalitet noe som er et sterkt funn i vår forskning. Sedigheh et al. (2013) og Chen et al. (2018) undersøkte effekten av 30 minutters fysisk aktivitet, tre ganger i uken for 2-3 måneder. Deltagerne i studien til Sedigheh et al. (2013) skulle gjennomføre en spesiallaget gå-trening, mens i Chen et al. (2018) kunne deltagerne velge mellom gåing, jogging eller stasjonær sykkel. I alle artiklene ble deltagerne testet i «6-minute walking test» for å evaluere om deres fysiske toleranse hadde forbedret seg.

Vi fant også at utdeling av loggbok til pasientene hvor de kan loggføre vitale parameter og vekt har en positiv effekt på livskvaliteten til pasientene.

I artiklene Jurgens et al. (2013), Liou et al. (2015), González et al. (2013) og Sezgin et al. (2017) fikk alle i intervensjonsgruppa utlevert en daglig logg hvor man skulle føre opp vekt, blodtrykk, puls og andre relevante notater. Kontrollgruppen i Jurgens et al. (2013) fikk også vekt og hjertesviktmanual men intervensjonsgruppa fikk i tillegg hjemmebesøk, en 6-minutters gå-test og symptomevaluering. Dette resulterte i forbedring fra oppstart til endt intervensjon i egenmestring, egenomsorg og tillit til seg selv hos intervensjonsgruppa. Det var ingen signifikant forskjell fra kontrollgruppa som kun fikk informasjon om daglig veiing og hjertesviktheft (Jurgens et al. 2013)

I Sezgin (2017) og Wang (2015) mottok kontrollgruppa standard behandling på poliklinikken, hvor de fikk en fysisk undersøkelse og medisinkontroll av lege, og det ble avtalt polikliniske timer hvor de fikk grunnleggende undervisning. Tiltaksgruppa fikk utdelt undervisningshefte om egenomsorg til hjertesvikt og et daglig oppfølgingsskjema hvor vekt, blodtrykk, ødem, puls, ekstra medikamenter og andre notater skulle skrives ned. De ble grundig lært opp innen måling av disse parameterne av forskende sykepleier. De fikk i tillegg et med instruksjoner om situasjoner hvor de burde kontakte poliklinikken for undersøkelse. Dette instruksjonsheftet var festet med en magnet som skulle henges på kjøleskapet, for å forenkle oppfølging av daglige gjøremål innen monitorering av egen helse.

Forskende sykepleier fulgte opp pasientene i tre og seks måneder. Alle målinger som pasienten gjorde ble kontrollert når de kom på poliklinikken. Det var ingen signifikant forskjell mellom kontroll- og intervensjonsgruppa ved start av studien, men det var signifikante forskjeller ved slutten av begge studiene innen egenomsorg, egenmestring og

selvtillit til sin egen behandling samt økt livskvalitet (Sezgin et al.2017 og Wang et al. 2015)

Av disse artiklene beskrevet ovenfor viser til at ukentlige besøk på poliklinikk med undervisning, veiledning og oppfølging har en forbedring på livskvalitet noe som er et sterkt funn

4.2 Betydning av telefonsamtaler

Et annet funn i vår litteraturstudie var veiledende oppfølgende telefonsamtaler med pasientene i intervensjonsgruppen . Vi ser at telefonsamtaler blir brukt i ulike sammenhenger og med ulike formål i forskningsartiklene. I forskningsartiklene som inneholdt bruk av telefon som verktøy leste vi i Liou et al. (2015), Clark et al. (2015), Sezgin et al. (2017), Sedigheh et al. (2013) og Wang et al. (2015). Bruk av telefon er et godt verktøy for emosjonell støtte, bedre pasient-sykepleierforhold og for oppfølgingsspørsmål om symptom og behandling, noe som gir trygghet blant deltagerne (Wang et al. 2015 og Sezgin et al. 2017).

Vi ser at i artiklene som viser til hyppigere telefonkontakt over en lengre periode gir god effekt av intervensjonen på tross av de ulike temaene våre forskningsartikler har tatt for seg. Det virker til at jo lengre intervensjon jo bedre signifikant resultat og det er tydelig at effekten flater ut over tid om intervensjonen er kort eller at telefonkontakten ikke er hyppige nok (Nahlén Bose et al. 2015 og Clark et al. 2015)

4.3 Effekt av hjemmebesøk

I vår litteraturstudie har vi gjort funn på at hjemmebesøk med oppfølging og undervisning har en livsforbedrende effekt på pasienten. I Mehralian et al. (2014), Hasanpour-Dehkordi et al. (2016), Clark et al. (2015) og Jurgens et al. (2013) fikk intervensjonsgruppa og kontrollgruppa standard undervisning, men intervensjonsgruppa fikk i tillegg tilpasset informasjon og veiledning gjennom hjemmebesøk av sykepleier. I denne studien var de ute etter å måle livskvalitet etter gjennomførelse av et undervisningsprogram hvor intervensjonsgruppen hadde bedre resultater enn kontrollgruppa.

I Jurgens et al. (2013) og Clark et al. (2015) sine studier viser at intervensjonsgruppa hadde en signifikant forbedring i livskvalitet etter 90 dager. I Clark et al. (2015) hadde også forbedring i pasientens livskvalitet, samt økt egenomsorg og evne. Vi ser her at tilpasset veiledning og informasjon i hjemmet gir forbedringer i egenmestring av egen helse i både kontrollgruppen som mottok vanlig behandling og intervensjonsgruppa som fikk tilleggsbehandling. Dette ser vi på som en styrke i vår studie

4.4 Effekt av gruppemøter og poliklinikk

Vårt siste hovedfunn var å samle pasientene i grupper. Dette skjedde på poliklinikker. I gruppemøtene fikk pasientene utlevert undervisningsmateriell, samt at møtene var ledet av spesialsykepleiere i tillegg til andre aktuelle profesjoner som leger, farmasøyter, sosialarbeidere og ernæringsfysiologer (Whitaker-Brown et al. 2016) I noen av intervensjonsgruppene fikk pasientene undervisningsmateriellet individuelt tilpasset og oversatt til eget språk og samtlige intervensjoner som inneholdt gruppemøter var lagt opp til aktiv deltakelse av pasientene selv (Nahlén Bose et al. 2015). Resultatene i artiklene som omhandler gruppemøter viser til signifikant effekt spesielt på temaet innsikt i egen helse og forståelse og kontroll av egen sykdom (HF Knowledge test og Self care in heart failure index) (Clark et al. 2015).

5.0 Diskusjon

Ifølge Eines et al. (2018) skal diskusjonsdelen ta for seg metodediskusjon og resultatdiskusjon. Under metodediskusjonen skal man drøfte litteraturstudiets fremgangsmåte og analyse. Svake og sterke sider skal ved søkestrategien skal drøftes. I resultatdiskusjon skal man drøfte funnene i litteraturstudien opp mot bakgrunns teorien eller andre relevante forskningsartikler. Ut ifra Dalland (2012) er drøfting det å ta for seg og granske noe fra forskjellige vinkler. Det er under drøfting man skal vise hvilken sammenheng det er mellom teorien vi trakk opp under arbeidet med studien og resultatene fra undersøkelsen (Dalland 2012)

5.1 Metodediskusjon

Ifølge Forsberg og Wengestrøm (2013) innebærer en litteraturstudie et systematisk søk med kritisk granskning og sammenligne litteraturen innenfor et valgt emne. I starten av studien så vi etter artikler som omhandlet kronisk hjertesvikt og tiltak som økte mestring blant pasientene. Etter en periode med å ha søkt på artikler som omhandler mestring og økt livskvalitet så ser vi at det er ulike veiledning- og undervisningsmetoder for å gi økt kunnskap om kronisk hjertesvikt og økt mestring og forståelse av egen av sykdom.

Selv om vi i starten så etter effekten av et tiltak, så kunne vi bruke de artiklene vi hadde inkludert siden de belyste ulike veiledning- og undervisningsmetoder som vi senere la vekt på å skrive om. Alle artiklene vi har inkludert belyser tiltak og hvordan disse blir lagt frem til pasientene. Ut i fra vår hensikt var det da mest hensiktsmessig å bruke såkalte RCT-studier eller randomiserte, kontrollerte studier (Nortvedt et al. 2007). Vi prøvde også å finne noen norske artikler om temaet men fant ingen relevante. Vi har da artikler fra både USA, Europa og Asia.

5.1.1 Datainnsamling og søkestrategi

Tidlig i sykepleierutdanningen fikk vi opplæring i databasesøk. Da fikk vi mest opplæring på å søke i Ovid som egentlig passet oss bra siden de fleste artiklene kommer fra Ovid Medline. For å få artikler med fulltekst ble vi viderekoblet til science direct eller Elsevier. Der fikk vi forslag til relevante artikler, som vi inkluderte i artikkelen. Cinahl fikk vi også bruk for, noe som var en ganske enkelt søke i siden det kom opp forslag til andre søkeord som vi kunne kombinere. Vi brukte for det meste Cinahl og Ovid Medline som er elektroniske databaser som inneholder artikler innen sykepleie, medisin og andre helsefaglige områder (Nordtvedt et al. 2012). Dette ser vi på som en styrke siden vi fikk god opplæring av bibliotekar innenfor disse to databasene.

Vi hadde også bestilt en time med bibliotekar hvor vi gjennomgikk PIO-skjemaet og fikk grundigere opplæring på søkemetoder. Vi fikk tips om å søke på svemed for å finne Mesh-tags som vi kunne bruke i videre søk. At vi brukte bibliotekar anser vi som en styrke i denne studien.

Siden vår hensikt med oppgaven var å kartlegge ulike veiledning- og undervisningsmetoder for pasienter med hjertesvikt så er en randomisert kontrollert studie det beste studiedesignet (Nordtvedt et al. 2012). Under søkeprosessen var det for det meste RCT-studier som dukket opp, men vi fant en kohortstudie som vi valgte å inkludere. Det var også mange review artikler, noe som vi kunne ha med under diskusjonen, men utelukket fra resultatdelen. Vi valgte å inkludere en kohortstudie og 13 RCT-studier med kvasiekperimentell- og eksperimentell design som ga oss muligheten til å sammenligne utfallene i kontrollgruppen og intervensjonsgruppen og se om effekten som skyldes tiltaket eller andre faktorer. Noen av studiene gjennomførte tester før og etter intervensjon, og slike tester kan vise klare forskjeller om intervensjonen gir effekt eller ikke, noe som vi ser på som en styrke

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Etter å ha funnet 15 artikler begynte vi å kvalitetsvurdere. I tillegg til at vi brukte sjekklister for RCT-studier, så vi også etter om artiklene var etisk godkjent, hadde klar hensikt og var bygd opp etter IMRAD-modellen. De som ikke fylte våre kriterier ble ekskludert. 14 artikler kvalitetsvurderte vi som god eller middels som vi inkluderte. Noen av artiklene leste vi på pc, noe som gjorde at vi fikk øye på to artikler til som vil til slutt endte med å inkludere. Siden 14 av 14 artikler var av kvantitativ design, kan være en svakhet siden vi har liten erfaring med å tyde kvantitative artikler.

En del av inklusjonskriterie var at artikkelen skulle ha en publiseringsgrad nivå 1 eller nivå 2. Dette ser vi på som en styrke i vår litteraturstudie siden da har registeret for publiseringskanaler godkjent (NPU) foretatt en vurdering basert på vurderingskriterier laget av Universitets- og høgskolerådet. Dette er en trygghet ved vår kvalitetsvurdering for da er artikkelen under vitenskapelig redaksjon som består primært av forskere ved en forskningsinstitusjon (Norsk senter for forskningsdata 2018)

Det er både sterke og svake sider med sjekklister. Lite erfaring med å bruke sjekklister kan være en svakhet, men sjekklister i seg selv kan også være en sterk side siden det er et fint redskap i kvalitetsvurdering av artikler. Siden alle artiklene var på engelsk, hadde vi noe problemer med å tolke noe av innholdet i artiklene som var skrevet på tungt fagspråk. Selv om man ikke kan stole ett hundre prosent på oversettelsesprogrammer, så brukte vi Google translate til noe av innholdet som et verktøy i prosessen av å tolke tekstene.

Det at artiklene for det meste er på engelsk kan være en svakhet siden noen ord kan mistolkes og noe kan bli oversatt. Siden alle artiklene er på engelsk så har vi gjennomgått artiklene flere ganger for å prøve å få med oss mest mulig av innholdet og forstå konteksten i artikkelen.

Artiklene som vi inkluderte kommer fra forskjellige land med ulik kultur og levesett. Dette sees på som en svakhet i vår litteraturstudie. Samtidig kan det også være en styrke i studien siden det viser at dette er en global utfordring på og et tema det drives forskning på i ulike deler av verden.

5.1.3 Analyse

Etter å ha endt opp med 14 kvalitetsvurderte artikler, førte vi opp tiltak og tema som ble tatt for seg i artiklene og førte dem i en oversiktstabell. Denne tabellene gjør det lettere å se fellesnevnerne i artiklene. Fysisk aktivitet, hjemmebesøk, telefonsamtaler, tester med ulike spørreskjemaet, undervisning på poliklinikk var temaer som gikk gjennom flere av artiklene. Videre til resultatdelen tok vi med hjemmebesøk, telefonsamtaler og undervisning som var relevante med hensikten, men som også kan omfatte mange undertemaer som for eksempel fysisk aktivitet. En svakhet ved vår studie er at artiklene tar for seg ulike metoder man kan undervise pasientene på, noe som kan gi ulike resultater. Fordelen med det er at litteraturstudien viser til ulike metoder en sykepleier kan veilede pasienten.

Siden Evans fire faser (2002) er en godt utprøvd metode ser vi på som en fordel. Selv om artiklene er skrevet på et annet språk anser vi det som en sterk side at vi har brukt god tid på å lese gjennom artiklene for å få en god oversikt. I RCT-studiene som vi leste gjennom var det mye statistikk som vi prøvde å tolke sammen med teksten. Siden vi har liten erfaring med å tolke statistiske tabeller, så kan dette også være en svakhet i vår studie. Det kan ha gjort at vi har sett over viktig informasjon. Ved å lese resultatene og tolke det forskerne har skrevet har gjort at vi har kommet til nøkkelfunn i hver enkelt tema.

5.1.4 Kan vi stole på resultatene?

I denne litteraturstudien har vi inkludert kun kvantitative forskningsartikler som RCT studier og en kohortstudie. Fordelen med randomisering er at det sikrer at faktorer som kan påvirke resultatet blir likt fordelt mellom gruppene. Ved å sammenligne utfallene i

intervensjonsgruppen og kontrollgruppen kan man gjøre en utregning hvor stor del av effekten som skyldes tiltaket som ble gjort, eller andre faktorer som sykdommens naturlige forløp. Vi har også inkludert en kohortstudie for å undersøke en gruppe mennesker over en periode som vil bli utsatt for eksponering som kan endre helsetilstanden (Nordtvedt et al. 2012).

I vår studie så kommer vi fram til funn som beskrives i resultater i form av ulike målinger med statistisk signifikans eller en p-verdi. Alle statistiske tester resulterer i en p-verdi som uttrykker hvor stor sannsynlighet at resultatet er tilfeldig eller ikke. I medisinske og vitenskapelige forskningsartikler er det vanlig å bruke $p < 0,05$ som en grense for å si om et resultat er statistisk signifikant (Nordtvedt et al. 2012). Vi må gjøre egne vurderinger om våre funn kan brukes i praksis og i dette tilfellet mener vi det. Menneskene som deltar i de ulike forskningsartiklene er representative for de pasientene vi møter ute i arbeidslivet og hjertesvikt er et økende problem globalt. I følge Pripp (2015) er signifikanstesting som en første statistisk screening en god måte å starte på før videre vurdering av effektstørrelse og klinisk drøfting.

Denne litteraturstudien viser til at det er statistisk signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppene og kontrollgruppene på egenomsorgsattferd etter gjennomført intervensjon, noe som kommer frem i ulike testene de går gjennom. Her har deltagerne i intervensjonsgruppene klare forbedringer i kunnskap og forståelse i form av resultat av tester. Det har også blitt gjennomført tester før og etter intervensjon som viser at både kontrollgruppen med standard behandling og intervensjonsgruppen med ekstra behandling har forbedret kunnskap om sin sykdom og økt egenomsorgsattferd. Det at forskning fra ulike land har positive resultater på veiledning, gir en pekepinn at tiltaket uansett kultur har en effekt på pasientgruppen. Funn på økt egenomsorg måles med ulike spørsmålsundersøkelser som gir resultater på økt sykdomsforståelse, noe som kan være et bevis på at pasientene har økt kunnskap om sin helse. I vår studie har vi også sett på forskning som ikke konkluderer med signifikante forskjeller i effekt. Disse studiene kan noen ganger bli omtalt som ”negative studier”. Dette begrepet kan være misvisende da det som regel blir tolket som at det ikke foreligger noen håndfaste beviser for at det er noen forskjell i effekt på kontroll- og intervensjonsgruppe. Det det derimot kan konkluderes med er at det ikke er en vist forskjell noe som ikke er det samme som en negativ studie.

Grunner til dette kan for eksempel være at studien har inkludert for få pasienter til å kunne vise til en reell forskjell mellom kontroll- og intervensjonsgruppe (Skovlund 2018).

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen skal vi diskutere ulike undervisningsmetoder for pasienter med kronisk hjertesvikt opp imot teori, erfaringer fra praksis og relevant forskning. Alle artiklene er blitt ledet av helsepersonell, for det meste sykepleiere, men også spesialistsykepleiere, leger, kardiologer og fysioterapeut.

5.2.1 Veiledning og undervisning til pasienten

Vi ser i vår studie at det finnes ulike metoder å veilede og undervise pasienten. Samtlige artikler i vår litteraturstudie tar for seg pasienter som mottar ulike former for undervisning. Noen på poliklinikk som videre fikk telefonoppfølging eller hjemmebesøk i ettertid andre, kun telefon eller hjemmebesøk.

I vår studie kom vi frem til at hjemmebesøk, poliklinikk og telefonkontakt kan være effektive tiltak for å forbedre livskvalitet. Vi ser at de deltagerne som havner i de ulike intervensjonsgruppene har svært positivt angående effekten det hadde på livskvalitet og egenomsorgsattferd.

En viktig del av det å føle økt livskvalitet, egenomsorg eller kontroll ovenfor egen sykdom er det å la pasienten få utføre konkrete handlinger som vil redusere risikoen for å utvikle de aktuelle symptomene, og hvis symptomene oppstår, reduserer alvorligheten og lengden (Kristoffersen 2014). Aktiv deltakelse i gruppeintervensjonene i øvelser som for eksempel er noe som underbygger dette og videre ser vi at veiledning og undervisning er godt egnede tiltak for å øke pasientens innsikt, forståelse og kunnskap om sin egen helse og sykdom. Vi ser også ut i fra våre funn at pasientene i noen tilfeller har muligheter for å få individuelt tilrettelagt og tilpasset veiledning, undervisning og undervisningsmateriell. Ved å ivareta pasientens behov som individ, redusere fremmedgjøring og styrke pasientens opplevelse av kontroll reduserer pasientens sårbarhet ved møte med helsevesenet (Fåln, Instenes og Norekvål 2014).

Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å selv se til positive mulighetene ved å forandre sin atferd til egen helse. Det å støtte og motivere pasienten til å tro på at han vil greie å gjennomføre en slik forandring er en vesentlig del av sykepleien. Ved å forsøke å bidra til at pasienten opplever dette som meningsfylt kan man også si at hensikten med veiledningen er oppnådd (Travelbee 1999).

I Kristoffersen (2014) vises det til en undersøkelse som inkluderer flere helsepersonell der sykepleiere og leger i kommunehelsetjenesten anser veiledning, undervisning og informasjon knyttet til livsstilsendring som en viktig del av sine arbeidsoppgaver. Flere av legene og sykepleierne i denne undersøkelsen viser til at arbeidssituasjonen er for hektisk til å sette seg for dypt inn i livssituasjonen til de ulike pasientene. Dette er en situasjon som ikke er spesielt god med tanke på det stadig økende presset på både helseforetak, kommunale helsetjenester og pasienten selv. En slik situasjon tyder på at sykepleiere vil kunne få mer ansvar i fremtiden for helsefremmende og forebyggende arbeid i form av konsultasjoner både på poliklinikk og hjemmebesøk og videre oppfølging av pasienter i ulike sykdomsutsatte grupper. Kan dette tyde på at sykepleiere med spesialisering vil kunne avlaste allmennleger i deler av dette arbeidet. Ut i fra Kristoffersen (2014) viser til studier der pasienter som hadde hatt konsultasjoner med sykepleiere, ble invitert til å komme tilbake oftere, sykepleieren hadde flere oppfølgingssamtaler og de brukte mer tid på konsultasjonene enn legene som ofte er svært travle. I fra det samme studiet viser til at sykepleiere gir mer informasjon, gir flere råd og mer konkret veiledning. Dette er ikke for å sette leger i et dårlig søkelys, men dette tyder på at sykepleiere kan ha en viktig rolle for å bistå allmennleger i fremtiden.

5.2.2 Poliklinikk: en arena for oppfølging og pasientundervisning

I vår litteraturstudie ser vi ulike tilbud av undervisning, individuelle møter og gruppemøter på poliklinikk. Et sterkt funn i vår studie viser at pasientene har nytte av å være i grupper med likesinnede. Det å være syk er også å være ensom og kanskje ute av stand til å gjøre noe med det. En evner kanskje ikke å fortelle det til noen eller lykkes ikke med å nå frem med budskapet. Et budskap som forsøker å gjengi hvordan det oppleves å ha en kronisk sykdom som hjertesvikt. En kan bli overasket over hvor lite utenforstående klarer å sette seg inn i pasientens situasjon (Travelbee 1999). I en forskningsstudie som tok for seg en metode hvor pasientene fikk snakke med andre pasienter og hvordan opplevelsen de hadde av dette så vi hvor stor betydning det hadde for pasientene. Det å ha

noen som kunne relatere seg til deres problemer og en mulighet for å utveksle erfaringer (Lockhart et al. 2014). Det at pasientene kunne utveksle erfaringer, bruk av loggbok hvor pasienten loggfører daglige mål som vekt, blodtrykk, puls, ekstra medikamenter som diuretika, samt tilpasset undervisning om kosthold, væskeinntak, medikamenter og symptomer ga forbedring i kunnskap om hjertesvikt, økt livskvalitet og egenomsorgsevne og atferd. Om pasienten selv tar ansvar for å veie seg og ta de ulike målingene og det viktig at pasienten blir instruert om ved hvilke vektendringer han/henne skal kontakte sykepleier, fastlege eller poliklinikken. Pasientundervisning kan bidra til redusert sykdomsforverring og dødelighet (Johansen 2014). Logg er et viktig veiledningsverktøy som pasienter kan bruke. En logg brukes både som dagbok og til loggføring av egne symptomer. I Tveiten (2014) defineres en logg som en beskrivelse av tanker, følelser og kroppsreaksjoner i en situasjon. Ulike situasjoner, opplevelser og reaksjoner og bevisstgjøringer av kroppens reaksjoner kan ha betydning for selvinnsett, læring og utvikling (Kristoffersen 2014). Vi ser her at grundig opplæring av vitale parameter og symptomgjenkjenning har en forbedrende påvirkning på pasientens livskvalitet, og vi ser dette som er viktig funn i vår litteraturstudie

I reviewartikkelen til Albert (2015) beskrives det at poliklinisk oppfølging er et viktig tiltak for pasienten. Ved poliklinisk oppfølging kan man revurdere helsestatus, følge opp undervisning om det er mangel på kunnskap, gjennomgå og oppdatere medikamenter og planlegge mer avansert behandling. Poliklinisk oppfølging innen syv dager var assosiert med lavere risiko for reinnleggelse inn 30 dager sammenlignet med pasienter som ventet lenger. Dette sammenlignet med funn fra denne litteraturstudien viser at tidlig oppfølging av utskrevne pasienter kan forbedre egenomsorgsatferden og øke livskvaliteten.

I litteraturstudien så vi at grad av egenomsorg ble målt ved bruk av Minnesota living with heart failure questionnaire eller Kansas City cardiomyopathy questionnaire. Tilpasset kosthold, fysisk aktivitet, daglig vektkontroll og årlig influensavaksine er konkrete elementer i egenomsorg ved hjertesvikt. Vanlige fenomen ved utskrivelse fra sykehus er manglende forståelse for sykdom, symptomer og behandling (Fålun, Instenes og Norekvål 2014). I vår litteraturstudie ser vi at studiene har signifikante resultat på egenomsorg etter gjennomført slutt-test. Men resultatene varierer om det er signifikante forskjeller i egenomsorgen mellom kontroll- og intervensjonsgruppene. Disse forskjellene kan være påvirket av de som samlet inn informasjon fra gruppene eller de som underviste

deltagerne. Tidsperiode på studiene kan ha også ha påvirket resultatene. Resultatene kan også være påvirket av de ulike kartleggingsskjemaene som blir brukt.

Vi ser i vår litteraturstudie ser vi at studiene som er inkludert har intervensjonsgrupper med signifikante resultater på at de ulike undervisningsmetodene har en positiv effekt. Til og med på noen av kontrollgruppene ser vi har effekt selv med den «vanlige» eller «moderate» behandlingen de får. I en studie av Andersen et al. (2016) ser vi at at sykepleieledet poliklinikk forbedrer egenomsorgsattferd og overlevelse blant pasienter med hjertesvikt.

5.2.3 Veiledning i hjemmet

Et funn i vår studie er at oppfølging, veiledning og undervisning i hjemmet hadde positiv effekt på livskvaliteten til pasientene. Ifølge Birkeland og Flovik (2014) er det mange fordeler med å møte pasienten i deres eget hjem. Oppsøkende hjemmebesøk er blitt en del av helsetilbud i noen norske kommuner og går ut på at pasienter, hovedsakelig eldre blir kontaktet og får besøk av en helsearbeider, i de fleste tilfeller en sykepleier fra kommunen. I sitt eget hjem er pasienten i trygge og kjente omgivelser, noe som gjør det enklere å vurdere samlet funksjonsevne, trivsel, pasientens helse og praktiske utfordringer i hverdagen. Målet er at den enkelte pasient skal fortsatt skal kunne klare å opprettholde, ivareta og utvikle helse og ha et godt funksjonsnivå. Helse, bolig, nettverk, ernæring og egen oppfatning av tilværelsen er temaer som diskuteres under et hjemmebesøk. Hjemmebesøket kan bidra til å hjelpe den enkelte pasient i å utvikle ferdigheter og danne egne strategier som bidrar til økt kontroll over sin egen helse.

Travelbee (1999) sier noe om viktigheten ved det at pasient og sykepleier danner en tilknytning til hverandre. Dette oppnås ved at pasienten føler at han møter forståelse og at han ikke er alene. Dette bidrar til økt mestring av egen sykdom.

Det har i flere kommuner i Norge blitt innført «oppsøkende forebyggende hjemmebesøk for eldre». De som ønsker å få hjelp får besøk hvor samtaleemnet er på personens egen opplevelse av helse, aktivitet, kosthold og andre områder rundt pasientens helse. Med pasientens daglige liv som utgangspunkt, skal sykepleier gi veiledning og råd (Birkeland og flovik 2014). Som nevnt i teorien er det viktig å møte pasienten *der pasienten er*, det å forstå og se pasienten, oppnå tillit og skape et godt grunnlag for veiledning. Det er viktig at den som blir veiledet selv skal oppdage og lære, noe som kan føre til styrket mestringskompetanse (Tveiten 2014). Det er nevnt om ulike studier som har resultater som

reduksjon i grad av funksjonssvikt og antall reinnleggelser, men i tillegg er det andre studier som viser til at disse besøkene ikke har noe forebyggende effekt (Birkeland og Flovik 2014). Så resultatene fra studiet og fra studier i Birkeland og Flovik (2014) sin bok viser til at resultatene ikke er entydige. Ulik praktisering av hjemmebesøk, ulike metoder å undervise på, pasienter med ulike utfordringer og lengde på besøkene kan føre til ulike resultat. Sammenlignet med vår studie som viser god effekt av de ulike metodene som blir brukt til undervisning gjør det vanskeligere å konkludere.

Vi har selv erfart det å besøke pasienten i sitt eget hjem. Pasienten føler seg trygg og kjent i omgivelsene har mulighet til å enklere inkludere seg i aktiviteter. Muligheten for å ha en samtale i hjemmet for eksempel over en kopp kaffe føler vi selv har en relasjonsbyggende effekt. Å være i sitt eget hjem opplever vi at pasienten reflekterer lettere om sin helse og personlige erfaringer uansett sykdomstilstand.

5.2.4 Telefonveiledning: et verktøy for oppfølging

Funn i vår litteraturstudie viser at telefonsamtaler er et viktig verktøy for livskvaliteten til pasienter med hjertesvikt. Det blir brukt til kartlegging, datainnsamling og veiledning. Gjennom disse telefonsamtalene ble pasienten spurt om symptomforverring og hva pasienten gjorde, væskerestriksjoner og monitorering av symptomer, og om det var behov for individuell tilpasset veiledning ble dette også gjort via telefon. Noe som kan være problematisk er om pasienten vet hvorfor man skal regelmessig veie seg, men ikke vet hva man skal gjøre for å behandle eller hvem man skal søke hjelp til om forverring av helse. Det å være redd for konsekvensene av å kontakte helsepersonell kan muligens holde tilbake pasienten. Selv om telefontilsyn kan være tidsbesparende, så finnes det mange begrensninger som å ikke få svar hos pasienten, vanskeligheter med å kommunisere som å bli forstått og forstå. Om telefonveiledning og oppfølging er klart faglig og etisk vurdert, så er det et flott verktøy for å kommunisere med pasienten (Birkeland og Flovik 2014). En norsk RCT-studie gjorde en undersøkelse på effekt av telefonveiledning om egenomsorg blant eldre. Studien hadde resultater på at tiltaket ga forbedret mentalt helse, noe som kan være viktig for å opprettholde og utøve egenomsorg (Sundsli et al 2014)

I en studie av Lockhart et al. (2014). ser vi at pasienter som kommuniserte med personer med lik sykdomstilstand hadde en positiv effekt. Hver pasient fikk snakket med en likemann med samme diagnose over telefon, hvor de kunne utveksle erfaringer, følelser og

utfordringer. En slik likemannsarbeid blir beskrevet i helsedirektoratet (2010) som en samhandling mellom personer som er i en lik livssituasjon, hvor målet med samhandlingen er å være en hjelp, støtte og veiledning mellom partene.

I Sherwood et al. (2016) ble det gjennomført en randomisert kontrollert studie hvor pasientene fikk ukentlig 30 minutters samtale i 16 uker hvor de fikk veiledning om mestringsstrategier som avslapningsøvelser, visualisering, problemløsning og forberedelser for fysisk aktivitet, og de fikk veiledning om symptommonitorering, daglig veiing, diett-og salt restriksjon og fysisk aktivitet. Dette resulterte til forbedret livskvalitet, redusert depresjon og forbedringer i fysisk utholdenhet. Å kommunisere via telefon kan spille en viktig rolle for pasienter som ikke har helsehjelp lett tilgjengelig og kan redusere belastningen på spesialhelsetjenesten. Vi ser også at deltagere som mottar telefonoppfølging under intervensjon har mindre frafall enn de som får vanlig behandling. Dette ser vi i sammenheng med at pasienten får emosjonell støtte og motivasjon til å fortsette med intervensjonen, noe som også kan videreføres til daglig praksis.

6.0 Konklusjon

Våre funn viser at det finnes ulike veiledning- og undervisningsmetoder og kombinasjoner av de ulike metodene. En kombinasjon av konsultasjoner på poliklinikk, hjemmebesøk og telefonsamtaler ga signifikante endringer i pasientenes evne til egenomsorg og egenomsorgsatferd. Gode undervisningstilbud av kvalifisert personell med veiledning og informasjon om symptomgjenkjenning, lindring, loggføring av ulike vitalia, ødem, væskeinntak og vekt ga økt evne til egenomsorg, forbedret egenomsorgsatferd og økt forståelse for egen helse og sykdom.

Tilgjengelighet og god oppfølging av sykepleier er viktig for at deltagerne skal oppleve forbedring av egenomsorg som følge av de ulike metodene.

Selv om våre funn viser at de ulike metodene ga forbedret egenomsorgsatferd og livskvalitet for pasientene i intervensjonsgruppene, vil vi anbefale videre forskning med fokus på individuelt tilpasset undervisning med loggføring av vitale parameter over et lengre tidsperspektiv, med avtalte konsultasjoner og telefonoppfølgninger. Kanskje kan også forskning hvor det undersøkes hvilken effekt ulike helseteknologiske verktøy kan ha for pasientens opplevelse av økt livskvalitet være aktuelt.

7.0 Referanseliste

- Albert, Nancy M. 2015. «A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure» *Heart and Lung* 2015 dec; 45 (2016)100-113 doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.12.001
- Andersen, Kirsti Lauvli, Anita Strøm, Kari Korneliussen og May Solveig Fagermoen. 2016. «Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «medarbeidere» i ukjent tjenesteterrang». *Sykepleien forskning* 2, 2016; 11: 158-165 doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.57818
- Berge, Torkil og Elin Fjerstad. *Lev godt med sykdom*. 2016. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2016.
- Birkeland, Arvid og Anne Marie Flovik. 2014. *Sykepleie i hjemmet*. 2. Utg. ed. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014.
- Bose, Catarina Nahlén, Hans Persson, Gunilla Björling, Gunnar Ljunggreen, Magnus L Elfström og Fredrik Saboonchi. 2015.” Evaluation of a Coping Effectiveness Training intervention in patients with chronic heart failure – randomized controlled trial” *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2016 Dec;15(7):537-548 DOI: [10.1177/1474515115625033](https://doi.org/10.1177/1474515115625033)
- Chen, Yan-Wen; Wang, Chi-Yen; Lai, Yuan-Hui; Liao, Ying-Chieh; Wen, Yan-Kai; Chang, Shin-Tsu; Huang, Jin-Long og Wu, Tsu-Juey. 2018. “Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure” *Medicine*: January 2018 – 97 – (4) – p e9629 <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009629>
- Clark, Angela, Graham McDougall, Barbara Riegel, Glenda Joiner-Rogers, Shery Inneraty, Martha Meraviglia, Carol Delville, Ashley Davila. 2015. ”Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with Chronic Heart Failure” 2015. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2015. 30, (45), 3-13 <https://dx.doi.org/10.1097%2FJCN.0000000000000169>
- De Nasjonale Etiske Forskningskomiteene. 2016. *Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi*. 2016. Lest: 27.04.2018 https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60124_fek_retningslinjer_nent_digital.pdf

- Eide, Hilde, Tom Eide, David Keeping og Eivind Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner : Personorientering, Samhandling, Etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2017.
- Eikeland, Anne, Haugland, Trude og Stubberud, Dag-Gunnar. 2016. "Sykepleie ved hjertesykdommer" I *Klinisk Sykepleie, bind 1*. Red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås. 229-281. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016.
- Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag
- Evans, David. 2002."Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2): 22-26.
- Folkehelseinstituttet. 2014. *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lest 22.03.2018 <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. Att Göra Systematiska Litteraturstudier: *Värdering, Analys Och Presentation Av Omvårdnadsforskning*. 2. Utg. ed. Stockholm: Natur Och Kultur, 2008.
- Fålnun, Nina, Irene Instenes og Tone M. Norekvål 2013. «Hjertesvikt krever spesialkompetanse» *Sykepleien*; 2013.; 101(13) 68-70
doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0127>
- González Beatriz, Joseph Lupón, Maria del Mar Domingo, Lucía Cano, Roser Cabanes, Marta de Antonio, Miquel Arenas, Eva Crespo, Margarita Rodríguez, Antoni Bayes-Genis 2013. "Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention" *European Journal of Cardiovascular Nursing*; 2013; 0(0) 1-7 doi:10.1177/1474515113510810
- Gullestad, Lars og Steinar Madsen. 2004. «Behandling av kronisk hjertesvikt.» *Tidsskriftet- den norske legeforening* 124: 1107-10
- Hasanpour-Dehkordi, Ali, Arsalan Khaledi-Far, Borzoo Khaledi-Far, Shahriar Salehi-Tali 2016. «The effect of family training and support on the quality of life and cost of hospital readmissions in congestive heart failure patients in Iran» *Applied Nursing research* 2016 March; 31 (2016) 165-169 doi: 10.1016/j.apnr.2016.03.005

- Heggdal, Kristin. Kroppskunnskaping 2008. *Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
- Helsedirektoratet.2010 «Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» lest 26.04.18
<http://www.helsebiblioteket.no/attachment/41682/binary/69004>
- Helsedirektoratet. 2017. «Brukermedvirkning» lest 24.04.18
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Helsenorge.2015. «Hjertesvikt - symptomer og behandling» lest 24.04.18
<https://helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjertesvikt>
- Helsepersonelloven. 1999. *Lov av 2.juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v.* Lest 24.04,18
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Jacobsen, Dag, and Kari C. Toverud. 2017 *Sykdomslære : Indremedisin, Kirurgi Og Anestesi*. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2017.
- Johansen, Edda. 2014. «Sirkulasjon.» *I Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*, bind 2. Red Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 102-134. 2.utg. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Jurgens, Corrine Y, Christopher S.lee, John M.Reitano, Barbara Riegel. 2013. “Heart failure symptom monitoring and response training” *Heart & Lung*; 42(4):273-80. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.03.005
- Kristoffersen, Nina. 2014. «Teoretiske perspektiver på sykepleie.» *I Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 207-280. 2.utg. Oslo. Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, Nina. 2014. «Sykepleie ved livets avslutning.» *I Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 295-335. 2.utg. Oslo. Gyldendal akademisk
- Krogh, Gunn von. 2002. *Begreper i psykiatrisk sykepleie. –sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Köberich, Stefan; Lohrmann, Christa; Mittag, Oskar; Dassen, Theo. 2014. "Effects 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):1643-55. doi: 10.1111/jocn.12766
- Kristoffersen, Nina. 2014. «Stress og mestring.» *I Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 133-196. 2.utg. Oslo. Gyldendal akademisk
- Liou, Huey-Ling, Hsing-I Chen, Shu-Chuan Hsu, Shu-Chin Lee, Chun-Ju Chang, Meei-Ju Wu. 2015. "The effects of a self-care program on patients with heart failure" *Journal of the Chinese Medical Association*; 78(11): 648-56 doi: 10.1016/j.jcma.2015.06.004
- Mehralian, Hosseinali, Shahriar Salehi, Jafar Moghaddasi, Masoud Amiri og Hossein Rafiei. 2014. "The comparison of the effects of education provided by nurses on the quality of life in patients with congestive heart failure (CHF) in usual and home visit cares in Iran". *Global Journal of Health Science*; 6, (3): 256-260 doi: 10.5539/gjhs.v6n3p256.
- Lockhart, Elisabeth, Jane Foreman, Rebecca Mase, Michele Heisler 2014. "Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: a qualitative study." *Heart & Lung*; 43(4):292-8. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.04.008
- Moholdt, Trine og Arnt Erik Tjønnå. 2009. Trening av hjertepasienter. *Institusjon for sirkulasjon og bildediagnostikk*. NTNU, Trondheim 2009. lest 24.04.18
<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-cardiologisk-selskap/Hjerteforum1/2009/Hjerteforum-nr-2-2009/Gjestartikler/Trening-av-hjertepasienter/>
- Nortvedt, W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov av 02.juli 1999 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter. Lest: 29.03.2018
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#§1-1
- Register over vitenskapelige publiseringskanaler. 2018. «Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler». Lest 20.05.2018.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>

Regjeringen. 2017. Lest 28.03.2018

https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport3_overganger_brudd_pasientforlop_eldre.pdf

Ross, Anita, Ulla Ohlsson, Karin Blomberg, Margareta Gustafsson 2014. «Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed method study» *Journal of Clinical Nursing*; 24, 1594-1602 doi: 10.1111/jocn.12760

Pripp, Are Hugo 2015. «Hvorfor p-verdi er signifikant» *Tidsskriftet den norske legeforening*; 135: 1462-4 doi: 10.4045/tidsskr.15.049

Sedigheh Fayazi, Kouros Zarea, Ali Abbasi, Farzaneh Ahmadi 2013. "Effect of home-based walking on performance and quality of life in patients with heart failure" *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 27(2)246-52 doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01020.x.

Sezgin, Dilek; Mert, Hatice; Özpelit, Ebru; Akdeniz, Bahri 2016. "The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial." *International Journal of Nursing Studies*; 70:17-26 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013.

Sherwood, Andrew, James A. Blumenthal, Gary G.Koch, Benson M.Hoffman, Lana L. Watkins, Patrick J. Smith, Christopher M. O'Connor, Patricia P. Chang, Kristy S. Johnson, Jeanne Schwartz, Alan L. Hinderliter .2017. "Effect of coping skills training on quality of life, disease biomarkers and clinical outcomes in patients with heart failure: A randomized clinical trial". *Circulation: Heart Failure*; 10:e003410 doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003410

Skovlund, Eva. 2018. "Negativ studie – et misvisende begrep". *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*;17.doi: 10.4045

Strömberg, Anna. 2004. "The crucial role of patient education in heart failure." *The European Journal of Heart Failure* 7, 363-369. doi:10.1016/j.ejheart.2005.01.002

Sundsli, Kari, Ulrika Söderhamn, Geir Arild Espnes og Olle Söderhamn. 2014. "Self-Care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study" *Clinical Intervention in Aging* 9: 95–103 doi: 10.2147/CIA.S55925

Sørbye, Liv Wergeland. 2012. "Etikk i forskning og fagutvikling" *Sykepleien* 2012 100(9) 56-59 doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0088>

- Travelbee, Joyce, and Kari Marie Thorbjørnsen. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlagets Sykepleieklassikere. Oslo: Universitetsforlag, 2005.
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlag, 2008.
- Wang Tzu-Chieh, Jin-Long Huang, Wen-Chao Ho, Ai-Fu Chiou 2015. "Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomized controlled trial" *European Journal of Cardiovascular Nursing* 15(2) 157-167 doi:10.1177/1474515115618567
- Whitaker-Brown, Charlene D, Stephanie J.Woods, Judith B. Cornelius, Erik Southard, Sanjeev K.Gulati 2016. "Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic" *Heart & Lung* 46(2):79-84 doi: 10.1016/j.hrtlng.2016.11.0

Vedlegg 1 - PICO- skjema

P (Patient/problem)	I (Intervention)	C (Comparison/Control)	O (Outcome)
Heart failure Chronic heart failure Congestive heart failure Ischemic heart failure	Nurs* Nursing care Educational - intervention		Quality of life Life style changes

Vedlegg 2: Analysetabell

Artikkel nr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Konsultasjoner														
Hjemmebesøk	X	X					X	X				X		
Poliklinikk	X			X	X	X			X		X		X	X
Telefonsamtaler	X		X	X	X	X	X		X	X	X		X	
Veiledning og undervisning														
Før utskrivning			X				X							
Symptomgjenkjenning	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X
Kosthold/ernæring			X	X								X	X	X
Aktivitet			X	X		X				X		X	X	X
Vekt				X		X								X
Stresskontroll	X		X					X				X	X	
Behandling				X								X	X	X
Medisinering				X								X	X	X
Motivasjon	X			X		X			X			X	X	
Loggbok (egenlogging av symptomer etc)	X	X	X	X					X	X	X			X
Undervisningsmateriale	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X

Vedlegg 3 - Søkeresultat fra database

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Heart failure AND quality of life OR lifestyle changes	04.02.18	Ovid medline	1237	5	1	Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heartfailure.
Ischemic heart failure OR chronic heart failure OR congestive heart failure AND nursing care OR nurs* AND lifestyle changes OR quality of life limit to (yr="2013 -Current" and "all adult (19	28.03.18	Ovid medline	99	10	8	Effects 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. Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for People With Chronic Heart Failure. The comparison of the effects of education provided by nurses on the quality of life in

<p>plus years)" and (danish or english or norwegian or swedish))</p>						<p>patients with congestive heart failure (CHF) in usual and home-visit cares in Iran.</p> <p>Effect of home-based walking on performance and quality of life in patients with heart failure.</p> <p>The effect of a family training and support on the quality of life and cost of hospital readmission in congestive heart failure patients in Iran</p> <p>Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomized controlled trial</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>heart failure or cardiac failure or chf</p>	<p>28.03.18</p>	<p>Cinahl</p>	<p>50</p>	<p>5</p>	<p>1</p>	<p>The effect on patient outcomes of</p>
--	------------------------	---------------	-----------	----------	----------	--

<p>or chronic heart failure or congestive heart failure AND quality of life or well being or well-being AND nursing care or nursing interventions 2013-2018</p>						<p>a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial.</p>
---	--	--	--	--	--	---

<p>heart failure or cardiac failure or chf or chronic heart failure or congestive heart failure AND nursing care or nursing interventions or nursing assessment or nurses or nursing management</p>	12.04.18	Cinahl	120	4	1	<p>Evaluation of a Coping Effectiveness Training intervention in patients with chronic heart failure – a randomized controlled trial.</p>
---	-----------------	--------	-----	---	---	---

AND quality of life or well being or well-being or health-related quality of life 2013 - 2018						
heart failure or cardiac failure or chf or chronic heart failure or congestive heart failure AND educational intervention	15.04.18	Cinahl	33	5	2	<p>Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention.</p> <p>Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study</p>

Vedlegg 4 - Manuelle søk

Artikkel og nettside hvor inkluderte artikler ble funnet	Inkluderte artikler
<p>The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917300470</p>	<p>Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic</p>
<p>Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956316303387</p>	<p>Heart failure symptom monitoring and response training</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956313000794</p>
<p>Heart failure symptom monitoring and response training</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956313000794</p>	<p>The effects of a self-care program on patients with heart failure</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1726490115001495</p>

Vedlegg 5 – oversiktstabeller forskningsartikler

Oversiktstabell studie 1

Forfattere	Catarina Nahlén Bose, Hans Persson, Gunilla Björling, Gunnar Ljunggreen, Magnus L Elfström og Fredrik Saboonchi
År	2015
Land	Sverige
Tidsskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	Evaluation of a Coping Effectiveness Training intervention in patients with chronic heart failure – randomized controlled trial
Hensikt	Å evaluere et sykepleierledet CET (Coping effectiveness Training) program i en intervensjonsgruppe med hjertesviktpasienter. Det lå i hypotesen at CET ville ha positiv effekt på psykisk velbehag og helsereelatert livskvalitet (HRQoL) og forbedre det kliniske utfallet.
Metode/ Instrument	En RCT studie med en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe der kontrollgruppen mottok standard oppfølging gjennom poliklinikk. Intervensjonsgruppen fikk i tillegg til standard oppfølging et CET program. Dette er et standardisert program som er basert på en teori om stress og mestring. CET har tidligere blitt gjennomført på pasientgrupper. Pasienter med angst og depresjon, kognitiv svikt, kreft eller andre livsstruende sykdommer ble ekskludert. Ulike skjema som pasientene skulle fylle inn ut selv ble brukt for å måle positiv og negative effekter av CET, depresjon, angst, HrQoL, sykdomsoppfatning, mestringsstrategier og sosial støtte.

Deltakere/Frafall	103 deltakere. 52 deltakere i intervensjonsgruppen, 51 deltakere i kontrollgruppen. 16 deltakere fullførte ikke studien i intervensjonsgruppen. 9 pasienter fullførte ikke studien i kontrollgruppen.
Hovedfunn	Pasientene i intervensjonsgruppen deltok på et ukentlig 90-minutters undervisningsprogram over 7 uker i grupper på 7-12 deltakere ledet av spesialsykepleiere. Gruppedeltakerne fikk også utdelt undervisningsmaterie og ble oppfordret til å delta aktivt. Videre i studien ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt QoL (RAND-36), kliniske utfall (reinnleggelser) eller mestringsstrategier. Det ble oppdaget en ulikhet ved sykdomsoppfatningen hos pasientgruppene hvor intervensjonsgruppen scoret høyere og viste til at de hevdet en bedre kontroll over sykdommen sin.
Etisk vurdering	Godkjent av regionale etiske komite på Carolinska instutt i sverige. Dnr.2010/1867-31/5
Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå	God

Oversiktstabell studie 2

Forfattere	Corrine Y.Jurgens, Christopher S.lee, John M.Reitano, Barbara Riegel
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Heart&lung 42
Tittel	Heart failure symptom monitoring and response training
Hensikt	Formålet med denne studien var å teste effekten av et hjertesvikts-treningsprogram på pasientens evne til å gjenkjenne og reagere på endringer i hjertesvikts-symptomer. Hovedformålet var å sammenligne hendelsesfri gjennomførelse på 90 dager
Metode/ Instrument	Totalt 99 hjertesvikt-pasienter ble randomisert plassert til symptomopplæringsintervensjonsgruppa eller kontrollgruppa fullførte tester om selvomsorg (selvomsorg av HF-indeks) ved starten av undersøkelse og etter 3 måneder. Demografiske, kliniske og komorbiditetsdata ble samlet inn ved intervju og kartavtale. Tid til første begivenhet (død eller HF- relatert sykehusinnleggelse) ble sporet av elektroniske journaler og pasientintervju.
Deltakere/Frafall	En RCT studie. 99 deltagere i undersøkelsen. 27 ble innlagt på sykehus for hjertesvikt-relatert hendelse og 4 døde i løpet av den 90 dagers analysen.
Hovedfunn	Pasientene i intervensjonsgruppen mottok undervisningsmaterie samt loggbok på poliklinikk hvor fokus var observasjon av symptomer. Etter endt undervisning og veiledning av

	<p>sykepleiere mottok de også et hjemmebesøk av sykepleiere 7-10 dager etter. Denne studien er i tillegg det første studiet som har dokumentert effekt av observasjonstrening av hjertesviktssymptomer blant pasienter med kronisk hjertesvikt.</p> <p>Intervensjonsgruppa hadde forbedring i beherskelse, tillit og vedlikehold av egenomsorg i forhold til kontrollgruppen.</p>
Etisk vurdering	Personers godkjenning ble innhentet og alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke
Vurdering av kvalitet	Middels
Publiseringsnivå	Nivå 1

Oversiktstabell studie 3

Forfattere	Huey-Ling Liou, Hsing-I Chen, Shu-Chuan Hsu, Shu-Chin Lee, Chun-Ju Chang, Meei-Ju Wu
År	2015
Land	USA
Tidsskrift	Journal of the Chinese Medical Association 78
Tittel	The effects of a self-care program on patients with heart failure
Hensikt	Hensikten med studiet var å undersøke effekten av egenomsorgs-program blant pasienter med hjertesvikt.
Metode/ Instrument	En RCT-studie med kvasiekperimentell forskningsmetode ble brukt for å undersøke effektiviteten av egenomsorgs-program blant pasienter med hjertesvikt. Pasientene ble inndelt i enten kontrollgruppe eller intervensjonsgruppe. Pasientene ble testet for kunnskap om hjertesvikt 1 uke, 1 måned og 3 måneder etter. Deltagerne ble testet i «Self-care of heart failure index» og «New York Heart Association function class». Spørsmålene omhandlet hjertefeilkunnskap, spørsmål om demografisk karakter og spørsmål om selvtillit, vedlikehold og utførelse av egenomsorg. Deltagere ble testet før hver opplæringskurs. Intervensjonsgruppa fikk lærebok og egenomsorgsvideo og en loggbok som de skulle føre inn blodtrykk, puls, diett, trening og symptomer. Innsamling av data ble gjort via telefon og ved kursing.
Deltakere/Frafall	Totalt 131 deltagere ble rekruttert. 75 stk i intervensjonsgruppa og 56 i kontrollgruppa. Kontrollgruppa hadde frafall på 7 deltagere og intervensjonsgruppa hadde et frafall på

Hovedfunn	<p>Pasientene i intervensjonen mottok undervisningsmaterie og loggbok. Oppfølging via telefonsamtaler etter en uke, en måned og tre måneder etter utskrivelse. Intervensjonsgruppen viste en signifikant høyere gjennomsnittlig resultat i kunnskap om kronisk hjertesvikt under postutdannings-testen enn kontrollgruppen. Resultatene fra selvomsorgsevalueringen viste også signifikante forskjeller mellom de to gruppene ved en generell lineær modellmåling analyse. «Self-care» vedlikehold, selvbeherskelse og selvtillit forbedret betydelig etter selvomsorgsprogrammet ble fullført.</p>
Etisk vurdering	<p>Denne studien har blitt godkjent av The institutional Ethics board of Taipei Veteran General Hospital, Taipei, Taiwan.</p> <p>Pasienter som deltok i studien ble bedt om å gi skriftlig informert samtykke</p>
Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå	<p>God</p> <p>Finner ikke fagfelleevaluering på JCMA, men Elsevier har copyright, som er et nivå 2 forlag</p>

Oversiktstabell studie 4

Forfattere	Tzu-Chieh, Jin-Long Huang, Wen-Chao Ho og Ai-Fu Chiou
År	2015
Land	Taiwan
Tidsskrift	European journal of cardiovascular nursing
Tittel	Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial
Hensikt	Å undersøke effekt av oppfølgende undervisningsprogram om utmattelse og livskvalitet.
Metode/ Instrument	<p>RCT- studie. Kontrollgruppa fikk standard behandling som utdeling av skriftlig materiale og muntlig opplæring av sykepleier etter en og tre uker etter utskrivning.</p> <p>Intervensjonsgruppa fikk opplæring i vurdering av utmattelse og monitorering, behandling av utmattelse og evaluering. De fikk fire oppfølgingstimer på 30 min i løpet av tre måneder, med en telefonoppfølgingsamtale uke etter oppfølgingstimen. Hver time bestod av evaluering, rådgiving og støtte. Deltagerne i intervensjonsgruppa fikk utdelt brosjyre med info om hjertesvikt og symptomer og loggføring hvor de skulle føre grad av utmattelse, symptomer, monitorering og medisiner.</p> <p>Informasjon om livskvalitet og grad av utmattelse ble innsamlet uke 1,4 ,8 og 12</p>
Deltakere/Frafall	92 deltagere. Gjennomsnittsalder på 65,7 år. Ingen forskjeller mellom gruppene ved oppstart

Hovedfunn	Etter 12 uker hadde intervensjonsgruppa signifikant redusert nivå av utmattelse og signifikant forbedringer i livskvalitet i forhold til kontrollgruppa. Denne studien har funn på at en sykepleieledet undervisningsplan med oppfølging reduserer utmattelse og øker livskvalitet blant pasienter med hjertesvikt
------------------	--

Oversiktstabell studie 5

Forfattere	Charlene D. Whitaker-Brown, Stephanie J.Woods, Judith B. Cornelius, Erik Southard, Sanjeev K.Gulati
År	2016
Land	USA
Tidsskrift	Heart&Lung
Tittel	Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic
Hensikt	Hensikten med denne studien var å kartlegge utføring og utfall av en fire-ukers «overgang til omsorg»- program på livskvalitet for pasienter med hjertesvikt.
Metode/ Instrument	<p>RCT-studie med eksperimentell design. Enkelgruppers pre-og post-design ble brukt i denne forskningen. En fireukers multidisiplinær overgangsprogram var spesifikt utformet for å tildele ukentlig opplæring og støtte til pasienter med hjertesvikt.</p> <p>Pasientene deltok på ukentlige konsultasjoner for fire uker. Hvert besøk bestod av en fysisk vurdering og evaluering som bestod av vitale tegn, vekt, vurdering av hjertevolum ved å undersøke ødem i bena, oppblåst mage, venestuvning og vurdering av hjerte- og lungelyder.</p> <p>Pasientene ga hver 24-48 time info om deres daglige inntak av mat og væske og logging av vekt og blodtrykk per telefon til praktiserende sykepleier.</p>

	Data ble vurdert ved bruk av «Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire», som bestod av 21 spørsmål som reflekterte hyppige og viktigste måtene hjertesvikt påvirker pasientens liv
Deltakere/Frafall	Av 50 deltagere var det 36 deltagere som gjennomførte hele programmet. 7 deltagere møtte ikke opp på avtalt time og avtalte ny time etter studien var ferdig, 6 møtte ikke opp og svarte ikke på den siste spørsmålsrunden, og 1 sluttet pga utmattelse.
Hovedfunn	Pasientene i intervensjonen deltok i et 4 ukers undervisningsprogram ved poliklinikk. Møtene var en gang i uken og bestod av spesialsykepleiere, ernæringsfysiologer, leger, farmasøyter og sosialarbeidere. Fokuset på møtene var undervisning i egen sykdom samt monitorering av symptomer. I etterkant av undervisningen ble deltakerne fulgt opp via telefonsamtaler i 3 uker. Utfra statistiske forskjeller fra pretest og posttest, var det signifikante forbedringer på livskvaliteten. Det var en signifikant forbedring på fysiske symptomer over tid og pasienten opplevde mindre følelsesmessig ubehag fra start til slutten av studien. Det var 28% av deltagerne som opplevde økt følelsesmessig ubehag og 16% hadde ingen forandringer. Menn opplevde bedre forbedring i fysisk symptomer og mindre følelsesmessig ubehag enn kvinner.
Etisk vurdering	Denne studien var godkjent av den etiske komité og informert samtykke ble oppnådd av hovedforsker for studiet
Vurdering av kvalitet	Middels
Publiseringsnivå	Nivå 1

Oversiktstabell studie 6

Forfattere	Chen, Yan-Wen; Wang, Chi-Yen; Lai, Yuan-Hui; Liao, Ying-Chieh; Wen, Yan-Kai; Chang, Shin-Tsu; Huang, Jin-Long; Wu, Tsu-Juey
År	2018
Land	Taiwan
Tidsskrift	Medicine
Tittel	Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure
Hensikt	Hensikten med denne studien var å kunne evaluere de fordelene hjemmebasert hjerterehabilitering har på pasienter med kronisk hjertesvikt
Metode/ Instrument	Randomisert kontrollert studie. Data ble samlet fra pasientene gjennom ulike spørreskjema og analysert.
Deltakere/Frafall	75 pasienter totalt. Førsti pasienter i kontrollgruppen og de resterende i intervensjonsgruppen. Til slutt bestod intervensjonsgruppen av 18 deltakere og kontrollgruppen og 19 deltakere i intervensjonsgruppen
Hovedfunn	Pasientene fikk først rehabiliteringstrening hos poliklinikk i en uke før de gikk over til hjemmebasert trening. Det var oppfølging via telefonsamtaler hver 2.uke gjennom studien. Selve treningsprogrammet var individuelt tilpasset hver enkelt pasient. 90 dager oppfølging. Studien viser videre at hjemmebasert hjerterehabilitering i form av aerob trening minimum tretti minutter x tre ganger i uken har god effekt på

	pasientens livskvalitet, funksjonell kapasitet og redusert antall reinleggelser i etterkant.
Etisk vurdering	Godkjent av det lokale sykehusets etiske styre
Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå	God Nivå 1

Oversiktstabell studie 7

Forfattere	Angela P. Clark, PhD, RN, ACNS-BC, FAAN, FAHA Associate Professor of Nursing Emerita, The University of Texas at Austin. Graham McDougall, PhD, RN, FAAN, FGSA Professor of Nursing, The University of Alabama at Tuscaloosa. Barbara Riegel, PhD, RN, FAHA, FAAN Professor of Nursing, School of Nursing, The University of Pennsylvania, Philadelphia. Glenda Joiner-Rogers, PhD, RN, ACNS-BC Assistant Professor of Clinical Nursing, The University of Texas at Austin. Sheri Innerarity, PhD, RN, ACNS-BC, FNP Associate Professor of Clinical Nursing, The University of Texas at Austin. Martha Meraviglia, PhD, RN, ACNS-BC Associate Professor of Clinical Nursing, The University of Texas at Austin. Carol Delville, PhD, RN, ACNS-BC Assistant Professor of Clinical Nursing, The University of Texas at Austin. Ashley Davila, MSN, ACNS-BC Clinical Nurse Specialist, Texas Diabetes and Endocrinology, Austin.
År	2015
Land	USA
Tidsskrift	Journal of cardiovascular Nursing
Tittel	Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with Chronic Heart Failure
Hensikt	Å undersøke effekten av et læringsforløp i hjemmet med strategier for å bedre helsestatus og evnen til å ta vare på seg selv hos voksne og eldre voksne med klasse 1-3 hjertesvikt. Sekundært handler studien om å utforske deltakernes subjektive oppfattelse av intervensjonen.

Metode/ Instrument	Randomisert kontrollert studie med to grupper. Femti deltakere (25 kontrolldeltakere) over 9 måneder og ble testet. Informasjon fra deltakerne ble innhentet flere ganger i løpet av denne tiden gjennom ulike spørreskjema.
Deltakere/Frafall	To deltakere ble erstattet på grunn av flytting ut av delstaten
Hovedfunn	Spesialsykepleiere. 8 moduler med opplæring. 9mnd totalt. Hjemmebesøk av hjemmesykepleien. Gruppen som gjennomgikk læringsforløpet i hjemmet viste økt mestringsevne, forbedret livskvalitet (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) og forbedret innsikt i sin egen sykdom (HF knowledge test og Self-care in heart failure index). Et læringsforløp i hjemmet utført av sykepleiere ga en positiv effekt på helse, egenmestring, livskvalitet, kognitive evner og innsikt i egen sykdom. Tlf: tlf kontakt. Oppfølging mnd 4,5,6 pr.tlf individuelt tilpasset antall tlf-samtaler.
Etisk vurdering	Godkjent av The University of Texas at Austin Institutional review board
Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå	God Nivå 1

Oversiktstabell studie 8

Forfattere	Hosseinali Mehralian, Shahriar Salehi, Jafar Moghaddasi, Masoud Amiri og Hossein Rafiei
År	2014
Land	Iran
Tidsskrift	Global Journal of Health Science; Volume 6, No.3;2014
Tittel	The comparison of the effects of education provided by nurses on the quality of life in patients with congestive heart failure (CHF) in usual and home visit cares in Iran
Hensikt	Å se på effekten av utdanning til pasienter med kronisk hjertesvikt gitt av sykepleiere på hjemmebesøk i forhold til vanlig oppfølging.
Metode/ Instrument	En RCT-studie hvor deltakerne ble delt i to grupper. Intervensjonsgruppen fikk spesialopplæring i hjemmet mens kontrollgruppen mottok standardisert opplæring. Skjema SF-36 ble brukt for å evaluere pasientene ved utskrivelse og etter 6 måneder. Nyha 1-4.
Deltakere/Frafall	110 pasienter. I kontrollgruppen var det ett dødsfall og en som ikke ville fortsette studien. I intervensjonsgruppen var det to dødsfall og 4 som trakk seg fra studien.
Hovedfunn	Pasientene mottok hjemmebesøk to ganger pr. måned av av spesialsykepleiere med lang erfaring innen hjertesvikt som i tillegg hadde med undervisningsmaterie. Besøkene var avtalt i måned 1, 3 og 6 etter utskrivelse fra sykehus. De fleste hadde Nyha klasse 3 i undersøkelsen. QOL ble målt gjennom SF-36

	skjema ved utskrivelse og viste bedre score hos intervensjonsgruppen. Det samme gjaldt etter 6 måneder.
Etisk vurdering	Godkjent av institusjonens etiske styre. (Shahrekord university of medical science)
Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå	God Nivå 1

Oversiktstabell studie 9

Forfattere	Sezgin, Dilek; Mert, Hatice; Özpelit, Ebru; Akdeniz, Bahri
År	2016
Land	Tyrkia
Tidsskrift	International journal of nursing studies
Tittel	The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial
Hensikt	Hensikten med studiet var å undersøke effekten av sykepleie og oppfølgingsprogram for pasienter med hjertesvikt på egenbehandling, livskvalitet og reinnleggelser i løpet av seks måneder
Metode/ Instrument	Randomisert kontrollert studie med to grupper. 45 deltagere på hver gruppe. Informasjon ble hentet ut fra deltagere via intervju i første uken, tredje måned og sjette måned
Deltakere/Frafall	Intervensjongruppe. En deltager døde, en fikk man ikke kontakt med og en fikk problemer med nervesystemet. Tre stk i frafall Kontrollgruppe: En døde
Hovedfunn	Betydningsfull forskjell ble funnet i på egenomsorgs-og livskvalitetsmålinger i løpet av tre og seks måneder. Intervensjonsgruppa opplevde færre reinnleggelser de første tre

	<p>månedene. Pasientene ble fulgt opp via telefonsamtaler av en sykepleier som ledet hjertesvikt-poliklinikken. Sykepleieren ga også deltakerne undervisningsmaterie og instruksjoner i det å føre loggbok. Deltakerne ble fulgt opp via telefon i 6mnd hver med en samtale hver 2.uke samt oppfølging på poliklinikken måned 1, 3 og 6 hvor de ble undersøkt av sykepleier.</p>
<p>Etisk vurdering</p>	<p>Etisk godkjent July 28, 2010, under Decision No. 2010/08-13 av The Dokuz Eylül University Non-invasive Clinical Trials Evaluation Committee</p> <p>Hensikten med studien var godt forklart til deltagerne og alle individene som frivillig ville delta i undersøkelsen ble rekruttert til studien.</p>
<p>Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå</p>	<p>God Nivå 2</p>

Oversiktstabell studie 10

Forfattere	Sedigheh Fayazi, Kourosh Zarea, Ali Abbasi, Farzaneh Ahmadi
År	2013
Land	Iran
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring
Tittel	Effect of home-based walking on performance and quality of life in patients with heart failure
Hensikt	Målet med studien var å finne hvilken effekt på opptreden og livskvalitet pasientene fikk av et hjemmebasert gå-program
Metode/ Instrument	En RCT-studie med kvasi-eksperimentell-design som inneholdt en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, alle med NYha score 2-3. De ble scoret etter hvordan de utførte 6MWT (6-minute walk test) og et QOL (quality of life) scoringsskjema med oppfølging i 8 uker.
Deltakere/Frafall	Seksti pasienter, tretti i hvr gruppe (Kontroll og intervensjon)
Hovedfunn	<p>Daglig oppfølging, tilbakemeldinger, symptomgjenkjenning, overvåkning, som omhandlet undervisning og veiledning i fysisk aktivitet hvor effekten ble målt gjennom ulike tester, blant annet en gå-test. Underveis fikk pasientene daglig oppfølging gjennom telefon hvor de også fikk mulighet til å stille spørsmål til sykepleier.</p> <p>Gjennom MLHFQ og 6MWT viste resultatene at det var store forskjeller ved begynnelsen på studien og etter åtte uker ved studiens slutt. Hos kontrollgruppen hadde resultatene falt i begge kategorier. Det var pasientene med NYha klasse 3 som hadde størst effekt av gå-programmet i 6MWT.</p>

Etisk vurdering	Etisk godkjent av Ethical review board, ahvaz jundishapur, University of Medical sciences, ahvaz, 2006/3513.
Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå	God Nivå 1

Oversiktstabell studie 11

Forfattere	Köberich, Stefan; Lohrmann, Christa; Mittag, Oskar; Dassen, Theo
År	2014
Land	Tyskland
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Tittel	Effects 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
Hensikt	Hensikten med studiet er å evaluere effekten av en sykepleierledet, sykehusbasert hjertesvikts-spesifikke opplæringsøkter med tre måneders telefonoppfølging på egenomsorgsadferd, omsorgsavhengighet og livskvalitet for pasienter med kronisk hjertesvikt.
Metode/ Instrument	Randomisert kontrollert studie. Pasienter i intervensjonsgruppa fikk opplæring om egenbehandling for hjertesvikt etterfulgt av oppfølging per telefon de neste tre månedene. Pasientene i kontrollgruppa fikk generell medikamentell behandling.
Deltakere/Frafall	64 pasienter i intervensjonsgruppa og 64 i kontrollgruppa. Data fra 58 pasienter fra intervensjonsgruppa ble analysert. 52 pasienter fra kontrollgruppa ble analysert
Hovedfunn	Resultater fra studien viser middels effekt på pasientens egenomsorgsadferd, men ingen effekt på livskvalitet eller pasientens behov for hjelp. Det trengs flere målinger av sykepleier for å få en positiv påvirkning på livskvalitet og hjelpebehov. Pasientene fikk utleverert undervisningsmaterie og en egen loggbok samt undervisning ved poliklinikker.

	<p>Pasientene ble fulgt opp via telefon gjennom en periode på 3 måneder med en samtale i uke 1,4,8 og 12. Innholdet i disse samtaler var i utgangspunktet standardiserte men kunne endres på for å møte pasientens behov. Det var også mulig for pasientene å spørre spørsmål under disse telefonsamtalene, samt at sykepleier spurte om symptomer , forverring av helse, væskeretensjon og medikamenter.</p>
Etisk vurdering	<p>Studiet har blitt godkjent av det etiske komite av Albert-Ludwig University Freiburg, Germany (Ethics Committee No. 107/10), studien er i samsvar med prinsippene som er skissert i Helsinki-erklæringen</p>
Vurdering av kvalitet	God
Publiseringsnivå	Nivå 2

Oversiktstabell studie 12

Forfattere	Beatriz Gonzales, Josep Lupon, Maria del Mar Domingo, Lucia Cano, Roser Cabanes, Marta de Antonio, Miquel Arenas, Eva Crespo, Margarita Rodriguez og Antoni Bayes-Genis
År	2013
Land	Spania
Tidsskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention
Hensikt	Å sammenligne utdanningstatus med egenomsorgsutførelse ved start og forandringer etter ett år med intervensjon.
Metode/ Instrument	Prospektive studie. Deltagerne ble delt inn i tre utdanningsgrupper; meget lav utdanning (ingen eller kun grunnskole), lav utdanning (grunnskole eller likt en 12 åringer) og middel-høy utdanning (høyere utdanning, sammenlignbart med en 18 åringer)
Deltakere/Frafall	335 deltagere. Gjennomsnittsalder 67 år
Hovedfunn	Alle mottok seks samtaler på 30 min over 6 måneder. samtlige fikk utdelt undervisningshefte ved poliklinikk som de skulle følge. Alle deltagerne visste signifikante forbedringer i egenomsorg i løpet av 1 år utifra pre-og posttest. Pasientene med lavere utdanning viste like fordeler med sykepleieintervensjonen som de høyere utdannede.
Etisk vurdering	Etisk godkjent. Deltakerne mottok skriftlig samtykke om studien

Vurdering av kvalitet	god
Publiseringsnivå	Nivå 1

Oversiktstabell studie 13

Forfattere	Anita Ross, Ulla Ohlsson, Karin Blomberg og Margareta Gustafsson
År	2014
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed method study
Hensikt	Å evaluere bruk av nedskrevne spørsmål fra hjertesviktpasienter til spesialsykepleier ved poliklinikk vil gi pasienten en større grad av individuelt tilpasset veiledning og undervisning.
Metode/ Instrument	RCT-studie. Et kvasiekperimentell studiedesign ble brukt for å sammenligne pasienter i kontrollgruppen som mottok standard behandling med intervensjonsgruppa som mottok lik behandling samt veiledning til spørsmål de hadde skrevet ned før konsultasjon
Deltakere/Frafall	85 deltagere, 41 i kontrollgruppa og 44 i intervensjonsgruppa
Hovedfunn	<p>Deltakerne i intervensjonsgruppen mottok veiledning og undervisning om egen sykdom fra en spesialsykepleier ved poliklinikk, i en-til-en samtaler. Det ble vist til god tilfredsstillelse i intervensjonsgruppen.</p> <p>Studien viser til at individuelt tilpasset undervisning gir den type undervisning og veiledning pasienten selv ønsker.</p>

Etisk vurdering	Etisk godkjent av regionale etiske komite i Uppsala
Vurdering av kvalitet	God
Publiseringsnivå	Nivå 2

Oversiktstabell studie 14

Forfattere	Ali Hasanpour-Dehkordi, Arsalan Khaledi-Far, Borzoo Khaledi-Far, Shahriar Salehi-Tali
År	2016
Land	Iran
Tidsskrift	Applied Nursing Research
Tittel	The effect of family training and support on the quality of life and cost of hospital readmission in congestive heart failure patients in Iran
Hensikt	Undersøke effekt av familieopplæring og støtte på livskvalitet og kostnader av reinnleggelser
Metode/ Instrument	RCT-studie. Deltagerne ble tilfeldig fordelt i enten intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe. Intervensjonsgruppa mottok ekstra veiledning sammenlignet med kontrollgruppen.
Deltakere/Frafall	90 deltagere deltok i studien.
Hovedfunn	Pasientene i intervensjonsgruppen mottok undervisning i hjemmet. Statistisk signifikante forskjeller ble funnet mellom intervensjons- og kontrollgruppene ved studiens slutt. Resultatene viser også til færre reinnleggelser i intervensjonsgruppen.
Etisk vurdering	Godkjent av Shahrekord University of medical sciences etiske komite
Vurdering av kvalitet Publiseringsnivå	God Nivå 1

Etisk vurdering	Etisk godkjent av institusjonens etiske komite.
Vurdering av kvalitet	God
Publiseringsnivå	Nivå 1