



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle  
Examensarbete inriktning omvårdnad  
Grundnivå II, 15 högskolepoäng  
Ht, 2010

# Betydande omvårdnadsåtgärder i vård av patienter med hjärtsvikt

- En litteraturstudie

*Författare*

Nina Andersson  
Inger Olsen

*Granskare*

Janeth Leksell

*Handledare*

Margareta Gullberg

*Examinator*

Jan Florin



HÖGSKOLAN  
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna  
Examensarbete



HÖGSKOLAN  
DALARNA

School of Health and Social Sciences  
Essay course – Nursing  
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits  
Autum 2010



HÖGSKOLAN  
DALARNA

# Significant nursing interventions in the care of patients with heart failure

- A literature review

*Authors*

Nina Andersson  
Inger Olsen

*Supervisor*

Margareta Gullberg

*Reviewer*

Janeth Leksell

*Examiner*

Jan Florin

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN  
DALARNA

### **Högskolan Dalarna**

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

### **Sammanfattning**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kunde vidta för att stödja patienter med hjärtsvikt, för att patienten ska uppleva välbefinnande. Datainsamling gjordes via Högskolan Dalarnas bibliotek från sökmotorn Elin, databasen Cinahl, PubMed, och även med fritext sökning. Resultaten visade att om patienterna fick stöd från sjuksköterskor så ledde det till ökat välbefinnande. Studierna visade också att sjuksköterskan är betydelsefull i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt. Att sjuksköterskan skulle se hela människan, skilja på olika symtom och arbeta utefter vetenskaplig och beprövad erfarenhet. I resultatet presenterades 12 vetenskapliga artiklar varav fyra var kvalitativa och åtta kvantitativa.

Nyckelord: Behandling, egenvård, hjärtsvikt, sjuksköterska och välbefinnande.

Keyword: Treatment, self care, heart failure, nurse and well-being.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
Omvårdnad .....	1
Välbefinnande .....	2
Hjärtsvikt patofysiologi .....	3
Symtom och diagnos .....	3
Etiologi.....	4
Problemformulering .....	5
Syfte .....	5
Frågeställning .....	5
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
Design .....	5
Datainsamling och urval av litteratur .....	5
Tillvägagångssätt .....	6
Analys och kvalitetsgranskning .....	7
Etiska överväganden .....	7
<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
Ett övergripande tema som framkom i litteraturstudien var att lindra lindandet som uppkom till följd av hjärtsvikt .....	10
Patientinformation/Utbildning.....	10
Trygghet och välbefinnande .....	11
Ta hänsyn till trötthet .....	12
Ta hänsyn till smärta .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>13</b>
Sammanfattning av huvudresultaten .....	13
Resultatdiskussion .....	14
Metoddiskussion.....	16
Slutsats.....	17
Förslag till vidare forskning .....	17

<b>REFERENSER.....</b>	<b>19</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>21</b>
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>22</b>

## INTRODUKTION

### Omvårdnad

Centralt i begreppet omvårdnad är att kunna sätta sig in i den sjukas situation och lidande samt att kunna stödja patienten. Genom att visa respekt för varje enskild individ och ta vara på varje möte med den unika människan, ökar förutsättningarna för en förtroendefull relation i vårdmötet (Jahren, Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Omvårdnadsbehov är inte alltid lätta att identifiera, det blir något lättare med träning och erfarenhet. De fynd sjuksköterskan gör är de som kommer att styra omvårdnaden. Enligt Jahren m.fl. (2005) är det viktigt att sjuksköterskan tar sig tid med patienten så att behoven framkommer. Sjuksköterskan ska dokumentera fynden så tydligt som möjligt, men ändå kortfattat förklara vad som är viktigt för just denna patient, genom att identifiera risker, problem, behov, resurser och mål.

Sjuksköterskan ska se människan bakom diagnosen, i detta fall hjärtsvikt och fokusera på hans/hennes egna resurser (Jahren m.fl., 2005).

I Hälso- och sjukvårdslagen (1998:531) ingår att i sjuksköterskans profession använda sig av vetenskaplig, evidensbaserad och beprövad erfarenhet (Raadu, 2008). I sjuksköterskans arbete ingår olika mätmetoder som är betydelsefulla för patienter med hjärtsvikt, såsom blodtryckskontroller, pulskontroll, mätning av benomfång, vätskeregistrering, vägning av patienten och kontroll av andningsfrekvens. En viktig del i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt är patientutbildningen. Informationen/utbildningen bör vara enkel och individuellt anpassad och helst vara både muntlig och skriftlig, så att patienten lättare ska kunna anpassa sig att leva med sin kroniska sjukdom (Strömberg, 2005).

Enligt Strömberg (2005) så kan egenvården som patienten utför definieras som yttre och inre åtgärder för att upprätthålla hälsa, välbefinnande och liv. Varje patient måste också förstå vikten av att följa sin medicinering enligt ordinationen.

Sjuksköterskan kan följa upp effekten av läkemedelsdosen. Hur patienten uppfattar sig själv och sitt tillstånd påverkar rehabiliteringen, välbefinnandet och egenvården. Om patienten fokuserar enbart på hjärtsjukdomen så kan han/hon fastna i det och bli deprimerad. Det blir då viktigt för sjuksköterskan att informera patienten om betydelsen av egenvård så att personen kan förbättra sin situation. Om sjuksköterskan inser att patienten inte är mottaglig för exempelvis ett rökstopp just nu så får sjuksköterskan acceptera det och erbjuda stöd såsom exempelvis sluta röka

träffar (Strömberg, 2005). Det finns mål för hälso- och sjukvård som utgår ifrån att alla människor har rätt till god och säker vård på lika villkor. Vårdaren ska titta på den enskildes behov och bevara dennes integritet och autonomi så att han/hon känner sig trygg och respekterad. Etik är grunden för en god omvårdnad och genom att arbeta utefter en humanistisk människosyn stöds varje enskild individ att bevara sitt välbefinnande (Raadu, 2008).

Redan på Virginia Hendersons tid (1955) talades det om att sjuksköterskan blir patientens armar, ben och språkrör för att patienten ska fungera så tillfredsställande som möjligt. Att sjuksköterskan ska bevara patientens egna resurser, integritet och autonomi för att patienten ska behålla sitt välbefinnande och uppnå god hälsa trots sin diagnos. Henderson menade att varje enskild individ ska ha rätt att leva gott tills hon dör. Henderson beskrev människans behov med hjälp av 14 punkter, där de första åtta punkterna berör fysiska behov och de sex återstående berör de psykosociala behoven (Jahren m.fl., 2005).

### **Välbefinnande**

Välbefinnande kan definieras som frånvaro av sjukdom eller handikapp. Hälsa kan vara att ha resurser för att kunna uppnå det goda i livet. Brist på hälsa och välbefinnande leder ofta till nedsatt handlingsförmåga (Jahren m.fl., 2005).

Välbefinnande är en individuell upplevelse som utgår från patientens livsvärld, det kan vara subjektivt och ibland svårtolkat. Välbefinnandet måste ses i ett sjukdomsperspektiv och därmed i relation till vårdandet för att uppnå hälsorelaterad livskvalitet (Wiklund, 2003).

I en studie visades att symtom som personer med hjärtsvikt lider av påverkar i högsta grad deras livskvalitet och fysiska begränsningar. Patienterna lider även av social isolering via mindre sociala aktiviteter och förändrade livsstilsvanor. Det påverkar hela människans livsvärld, såsom kropp – själ – ande och patientens varande. Deras vardag blir förändrad både intellektuellt, psykiskt, emotionellt och livslusten försämras (Kutzleb & Reiner, 2006).

Det är viktigt att se hela människan och dennes egna resurser för att nå hälsorelaterad livskvalitet. Vid mätning av hälsorelaterad livskvalitet får sjuksköterskan inte glömma funktionella aspekter. Det är bra om patienten inte får orealistiska förväntningar om hur det skulle vara utan lära sig att fokusera på välbefinnandet ”här och nu” (Strömberg, 2005).

När patienter får en kronisk sjukdom så kan det som var igår kännas oväsentligt samtidigt som framtiden också kan kännas betydelselös. Det väcker starka känslor i patienten att få en allvarlig diagnos. Patienten lever med smärtor och inskränkningar som leder till ett minskat välbefinnande. Sjuksköterskan kan mäta smärta med hjälp av en VAS skala (visuell analog skala) för att kunna bilda sig en uppfattning över hur ont patienten har och vilken typ av smärta det rör sig om. Sjuksköterskan bör känna till att patienter kan lida av en fysisk likväl som en psykisk/existentiell smärta (Jahren m.fl., 2005).

Lågt välbefinnande kan göra att patienten uppfattas som självupptagen, krävande och ibland även missbelåten. Patienter som inte har kunskap eller tillräcklig information om sin situation blir otrygga och känner sig maktlösa. Patienten överlämnar sin kropp i vårdarens händer. Allt välbefinnande är på individnivå. En viss människa känner sig inte lika sjuk som en annan. Välbefinnande sitter inte bara i kroppen utan det kan även finnas även ett existentiellt lidande (Jahren m.fl., 2005).

### **Hjärtsvikt patofysiologi**

Hjärtsvikt uppstår när hjärtats pumpförmåga är nedsatt antingen i den systoliska pumpfunktionen eller vid den diastoliska pumpfunktionen. Kroppens vävnader får då inte tillräckligt med blod och syre. Det finns två olika typer av hjärtsvikt.

Vänstersidig hjärtsvikt gör att blodet stannar i lungkretsloppet och patienten får lungödem, vilket leder till svårare andning. Högersidig hjärtsvikt gör att blodet stannar i kroppen, främst i benen och de blir svullna. När patienten har svullna ben försämras cirkulationen och det kan leda till bensår (Ericsson & Ericsson, 2008).

Den vanligaste orsaken till hjärtsvikt är syrebristsjukdomar i hjärtats muskulatur efter en hjärtinfarkt. Det finns även flera orsaker till att hjärtsvikt uppstår, det kan till exempel vara högt blodtryck, fel i hjärtats klaffar, arytmier, diabetes, sköldkörtelsjukdomar, anemi, infektioner och lungemboli. En annan orsak kan vara att patienten inte tagit sina läkemedel enligt ordination (Ericsson & Ericsson, 2008).

### **Symtom och diagnos**

Vid hjärtsvikt är symtomen svåra att upptäcka och kommer oftast gradvis. Patienten kan ha haft hjärtsvikt ganska länge innan han/hon får tydliga symtom. Symtomen kan även utvecklas akut efter en hjärtinfarkt (Strömberg, 2005).

Vanliga symtom kan vara trötthet, dyspné, andfåddhet, nykturi, dålig aptit, ödem och illamående (Ericsson & Ericsson, 2008).



Funktionsnedsättningen som följer med hjärtsvikt är det som påverkar livssituationen mest för patienten. Funktionsnedsättningen uttrycks framför allt i trötthet och andningsbesvär som påverkar andra dimensioner av patientens liv, såsom oro, depression, framtidstro och fritidsaktiviteter (Strömberg, 2005). Andningsbesvären påverkar även sömnen och det blir som en ond cirkel för patienten när han/hon inte får vila ut. Patienten känner oro, depression och tappar livsgnistan (Chowdhury, Adams & Whellan, 2010).

Diagnos grundas på symtombilden och tidigare sjukdomshistoria. EKG, ultraljudsundersökning av hjärtat och blodprovstagnning är till stor hjälp vid diagnostiseringen av hjärtsvikt (Ericsson & Ericsson, 2008).

Det finns en skala för indelning av svårighetsgrad vid diagnostiseringen av hjärtsvikt som är indelad i fyra klasser enligt NYHA (New York Heart Association). Där NYHA I är hjärtsvikt utan symtom - NYHA IV som är svåra symtom på hjärtsvikt (Ericsson & Ericsson, 2008).

## **Etiologi**

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som ökar i västvärlden. I Sverige lever idag cirka 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många lever utan symtom. Ungefär 40 % av patienter med hjärtsvikt är multisjuka. Vårdtiderna idag är ofta korta vilket leder till fler återinläggningar (Strömberg, 2005).

Hjärtsvikt är ett vanligt problem hos framförallt äldre personer. Med hjälp av mediciner förbättras livslängden i genomsnitt. Män lever till 76,6 år och kvinnor till 81 år, 2003-2005 (While & Kiek, 2009).

Kostnaden för hjärtsvikt i Sverige uppskattas till cirka 2,8 miljarder kronor per år. Prognosen för patienter med hjärtsvikt är sämre än för patienter med vanliga cancerdiagnoser såsom prostatacancer, bröstcancer med flera (Strömberg, 2005).

Patienter som har diagnosen hjärtsvikt och samtidigt är deprimerade har högre dödlighet än patienter som inte är deprimerade (Veien, Videbäck, Schou, Gustafsson, Hald-Steffensen & Hildebrandt, 2010).

Hjärtsvikt orsakar idag flest vårdtillfällen med många inläggningar på sjukhus för personer över 65 år. Livskvaliteten vid kronisk hjärtsvikt är också sämre än vid andra kroniska sjukdomar (Forssell & Boman, 2006).

## **Problemformulering**

Centralt i begreppet omvårdnad är att kunna sätta sig in i den sjukes situation och lidande och också kunna stödja patienten. Hjärtsvikt påverkar patientens hälsorelaterade livskvalitet och välbefinnande och inskränker hans/hennes förutsättningar att leva ett så normalt liv som möjligt (Jahren m.fl., 2005). Många av de som lider av hjärtsvikt får också försämrat välbefinnande (Strömberg 2005). Målet med litteraturstudien är att se hur sjuksköterskan kan stödja patienternas välbefinnande och lindra deras lidande.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kunde vidta för att patienter med hjärtsvikt skulle uppleva välbefinnande.

## **Frågeställning**

Vilka omvårdnadsåtgärder kunde vidtas för att patienterna med hjärtsvikt skulle uppleva välbefinnande?

## **METOD**

### **Design**

Studien genomfördes som en litteraturstudie.

### **Datainsamling och urval av litteratur**

Författarna till denna litteraturstudie sökte vetenskapliga artiklar via Högskolan Dalarnas bibliotek från sökmotorn ELIN (Electronic Library Information Navigator), och databasen CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health), PubMed och även i fritextsökning.

Författarna använde sig av sökord som: Heart, failure, quality of life, nurs\*, self care, well-being och treatment. Sökorden användes både enskilt men även i kombination av varandra.

Inklusionskriterierna var att alla artiklarna skulle finnas i fulltext. Artiklarna skulle vara på svenska eller engelska och vara kostnadsfria. Artiklarna skulle inkludera både män och kvinnor, men även män och kvinnor var för sig, passa författarnas frågeställning och syfte samt att artiklarna skulle vara från år 2005 till år 2011.

Exklusionskriterierna var att ta bort artiklar som inte passade författarnas frågeställning och syfte, artiklar som innehöll barn, om artiklarna inte inkluderade

omvårdnad, samt dubletter. Ett steg i sökningen var att titta på lämpliga titlar och läsa abstrakt. Sedan valdes artiklar ut som författarna tyckte stämde bra med syftet. Författarna läste rubrikerna på många artiklar, i de rubriker som var bra och fångade författarnas intresse så lästes abstrakten och därefter togs artiklar ut.

**Tabell 1.** En översikt över söktermer, databaser, träffar, granskade och använda artiklar.

Databas Typ av sökning	Söktermer	Träffar	Granskade artiklar	Använda artiklar
Cinahl	Heart failure	2042	0	0
	AND nurs*	337	0	0
	AND self care	59	6	2
	Heart failure			
	AND well-being	19	6	1
	Heart failure			
	AND quality of life	107	3	1
	AND treatment	79	4	1
Elin	Treatment AND			
	heart failure	4580	0	0
	AND nursing	140	6	3
Pub Med	Heart failure	24053	0	0
	AND quality of life	746	0	0
	AND nursing	40	4	2
Manuell sökning	Referenslista ur artiklar	2	2	2

### Tillvägagångssätt

Författarna har sökt vetenskapliga artiklar var för sig i olika databaser. Författarna träffades gemensamt varje dag. Läste titlar, abstrakt upprepade gånger och diskuterade innehållet i artiklarna. Sedan valde författarna ut artiklar som ansågs relevanta och stämde in på syftet. Sist användes granskningsmallar för att bedöma artiklarnas värde.

## **Analys och kvalitetsgranskning**

Artiklarna granskades enligt Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008) modifierade granskningsmallar, där alla ja-svar fick ett poäng och alla nej-svar fick noll poäng. Kvalitativa artiklar räknades 20-25 poäng som hög (80-100 %), 15-19 poäng räknades som medel (60-80 %) och under 15 poäng (59 %) räknades som låg. Kvantitativa artiklar räknades 23-29 poäng som hög (80-100 %), 17-22 poäng räknades som medel (60-80 %) och under 17 poäng (59 %) räknades som låg (bilaga 1 & 2).

Analys av data utfördes genom att författarna läste abstrakt upprepade gånger för att se om artiklarna passade vårt syfte. Sedan sällades fakta bort som handlade om medicinsk behandling, för att få ett kort men kärnfullt innehåll. Författarna kategoriserade systematiskt och satte in subteman för att ge en tydlig struktur vilket ledde till ett enklare arbete i sorteringen (Graneheim & Lundman, 2003).

## **Etiska överväganden**

I en litteraturstudie behöver inte författarna använda etiskt tillstånd men författarna förhöll oss opartiska i vårt förhållningssätt och redovisar arbetet sanningsenligt. Det finns riktlinjer beskrivna av Forsberg och Wengström (2008) som författarna förhöll sig till. Plagiat och oärlighet är absolut förbjudet. Författarna använde endast de artiklar som hade godkänts av en etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2008).

## RESULTAT

Sammanlagt i resultatet valdes 12 artiklar ut med hög och medel kvalitet. Åtta kvantitativa artiklar och fyra kvalitativa artiklar. Resultatet av artikelgranskningen redovisas i tabell 2. När författarna analyserade artiklarna fokuserades det på omvårdnadsåtgärder som kunde användas av sjuksköterskan för att lindra lidande. Vilket ledde till underrubriker som patientinformation/utbildning, trygghet och välbefinnande, ta hänsyn till trötthet och ta hänsyn till smärta.

**Tabell 2.** Presentation av artiklar som ligger till grund för resultatet.

Författare	Land/År	Titel	Design/Metod	Deltagare	Kvalitet
Austin, J., Williams, R., Ross, L., Moseley, L., Hutchison, S.	England, 2005	Randomised controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure	Kvantitativ design experimentell fallstudie	N=200 Män Kvinnor	Hög (24)
Brännström, M., Ekman, I., Norberg, A., Boman, K., Strandberg, G.	Sverige, 2006	Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home care	Kvalitativ design baserad på inspelade intervjuer	N=4 Män Kvinnor	Hög (24)
Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., Brulin, C.	Sverige, 2007	Male patients with heart failure and their experience of being safe and unsafe	Kvalitativ design Baserat på fokusgrupps-intervjuer	N=9 Män	Hög (23)
Dekker, R., Peden, A., Lennie, T., Schooler, M., Moser, D.	USA, 2009	Living With Depressive Symptoms: Patients With Heart Failure	Kvalitativ design baserad på beskrivande, inspelade intervjuer	N=10 Män Kvinnor	Hög (21)
Evangelista, L., Sackett, E., Dracup, K.	USA, 2008	Pain and heart failure: Unrecognized and untreated	Kvantitativ design en tvärsnitt studie	N=300 Män Kvinnor	Hög (25)

<b>Författare</b>	<b>Land/År</b>	<b>Titel</b>	<b>Design/Metod</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Kvalitet</b>
Gallagher, R., Donoghue, J., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J.	Australien, 2008	Self-management in older patients with chronic illness	Kvantitativ design baserad på beskrivande intervjuer	N=300 Män Kvinnor	Hög (25)
Gary, R.	USA, 2006	Self-care practices in women with diastolic heart failure	Kvantitativ design baserad på Semistrukturerade, intervjuer	N=32 Kvinnor	Hög (24)
Hägglund, L., Boman, K., Lundman, B.	Sverige, 2008	The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure	Kvalitativ design baserad på semistrukturerade, inspelade intervjuer	N=10 Kvinnor	Hög (24)
Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., Sloan, R.	Thailand, 2008	A Casual Model of Health-Related Quality of Life in Thai Patients With Heart-Failure	Kvantitativ design tvärsnittsstudie baserad på frågeformulär	N=422 Män Kvinnor	Hög (23)
Mårtensson, J., Strömberg, A., Dahlström, U., Karlsson, J-E., Fridlund, B.	Sverige, 2005	Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression	Kvantitativ design baserad på enkätstudie	N=153 Män Kvinnor	Hög (24)
Raffi, F., Shahpoorian, F., Azarbaad, M.	Iran, 2008	The Reality of Learning Self-Care Needs during Hospitalization: Patients' and Nurses' Perceptions	Kvantitativ design baserat på frågeformulär	N=432 Män Kvinnor	Medel (18)
Song, E., Lennie, T., Moser, D.	Sydkorea, 2009	Depressive symptoms increase risk of rehospitalisation in heart failure patients with preserved systolic function	Kvantitativ design baserad på frågeformulär	N=165 Män Kvinnor	Medel (18)

**Ett övergripande tema som framkom i litteraturstudien var att lindra lidandet som uppkom till följd av hjärtsvikt.**

### **Patientinformation/Utbildning**

I en studie av Gary (2006) beskrevs egenvårdsbeteendet hos kvinnor med hjärtsvikt. Patienter med hjärtsvikt ansåg att de inte hade tillräcklig kunskap om sin sjukdom, framkom det i den här studien. Patienterna ansåg att de fick för lite information för att veta vilka egenvårdsåtgärder de kunde leva efter. Av patienterna hade 87 % ingen grundläggande förståelse om sin sjukdom. Många av patienterna var stillasittande och var rädda för att aktivitet kunde göra större skada på hjärtat och då ge värre symtom. Att väga sig dagligen upplevde många patienter som svårt och deprimerande eftersom patienterna tog det som om de ätit för mycket och därför gått upp i vikt (Gary, 2006).

Patienterna hade inte heller förstått att salt och natrium är samma sak. Okunskapen gjorde då att de köpte hem fel mat eller lagade mat som innehöll alldeles för mycket salt. När det gällde läkemedel visste patienterna hur många tabletter de hade och i vilken färg tabletterna var, men de visste inte vad tabletterna hade för verkan eller biverkan. Patienterna hade fått information både muntligt och i broschyrform. Studien visade att det inte verkade vara tillräckligt eller väl utformad information då patienterna svarade bland annat att de inte visste eller kom ihåg. Studien visade också att patienterna önskade få schemalagda, förbestämda möten med doktorn och sjuksköterskan, regelbundna telefonmöten och uppföljningar (Gary, 2006).

I studien av Rafii, Shahpoorian och Azarbaad (2008) undersöktes vikten av att lära sig egenvård ur patienters och sjuksköterskors perspektiv. Författarna till studien menade att patienter hade lättast att ta emot kunskap om läkemedelshantering och riskfaktorer jämfört med träning som inte var lika lätt att lära (Rafii m.fl., 2008). I den här studien framkom att patienter fick utbildning av sjuksköterska och en kardiolog. Innehållet i utbildningen handlade bland annat om anatomi och fysiologi av hjärtat, patofysiologiska förändringar vid hjärtsvikt, rutinprover, icke farmakologisk behandling och egenvård. Rafii m.fl. (2008) har kommit fram till att utbildning i anatomi och fysiologi inte är att rekommendera till patienter, då patienterna ansåg att det är det minst realistiska i egenvården (Rafii m.fl., 2008). I studien av Mårtensson, Strömberg, Dahlström, Karlsson och Fridlund (2005) var syftet att belysa hur sjuksköterskans insatser kunde förbättra inställningen till

egenvård. De menade att resultatet av utbildning om hjärtats anatomi ledde till högre livskvalitet och mindre depressioner. Kunskap om hjärtsvikt förbättrade deras känsla av säkerhet och patienten kände sig mer oberoende eftersom de visste vilka symtom och tecken som uppkommer vid försämring (Mårtensson m.fl., 2005).

### **Trygghet och välbefinnande**

I studien av Burström, Boman, Strandberg och Brulin (2007) framkom det att män med hjärtsvikt måste kunna känna sig trygga, det var en viktig men ganska svår uppgift för sjuksköterskan. För att bygga ett förtroende och tillit gällde det att sjuksköterskan tog sig tid med varje enskild individ, lyssnade, förstod och visade empati. När vårdpersonalen inte lyssnade kände sig patienterna otrygga. Patienterna ville bli betraktade som värdefulla och unika individer. Patienter med hjärtsvikt lever i en stressig situation och det gjorde att patienten glömde bort sina inneboende resurser (Burström m.fl., 2007). Männerna i studien har beskrivit sin situation som att de kunde finna en mening med livet trots sin diagnos och det skapade trygghet. Männerna upplevde det som ett hot om livet när hjärtat var sjukt och de blev otrygga, de var rädda för att inte hinna få hjälp vid försämring (Burström m.fl., 2007).

Gallagher, Donoghue, Chenoweth och Stein-Parbury (2008) undersökte om det hade någon inverkan på patienten att ha känslan av ett sammanhang. Om inte patienten förstod hur han skulle använda sig av egenvård kan han vara ovillig att ändra sitt beteende (Gallagher m.fl., 2008).

Austin, Williams, Ross, Moseley och Hutchison (2005) undersökte om rehabilitering och måttlig fysisk träning kunde förbättra välbefinnandet hos patienter över 60 år med hjärtsvikt. Träning borde anpassas till patientens egen prestationsförmåga och dagsform. När patienten utövade måttlig fysisk träning stärktes välbefinnandet och de visade mindre sjukdomssymtom. Patienten kände då trygghet trots sin sjukdom. Individuellt anpassad träning ledde till ett längre liv och mindre sjukhusinläggningar (Austin m.fl., 2005).

Dekker, Peden, Lennie, Schooler och Moser (2009) och även Song, Lennie och Moser (2009) undersökte patienter med hjärtsvikt och deras depressiva symtom. Resultatet visade att aktiviteter minskade depressioner när patienterna kunde fokusera tankarna på annat som till exempel promenader eller läsa böcker. Patienter



som hade svårt att läsa erbjöds att lyssna på band istället (Dekker m.fl., 2009; Song m.fl., 2009).

Song m.fl. (2009) kom i sin studie fram till att det är viktigt att upptäcka depressionssymtom i tid och då stödja patienten innan det utvecklas till en depression som leder till mer inläggningar på sjukhus (Song m.fl., 2009).

Krethong, Jirapaet, Jitpanya och Sloan (2008) undersökte thailändska patienter med hjärtsvikt och deras hälsorelaterade livskvalitet. De undersökte samband som fanns mellan fysiskt status, symtom, funktionell status, hälsorelaterad livskvalitet och patienternas generella hälsouppfattning. Thailändska patienter upplevde sig vara till belastning för anhöriga när de fick stöd och hjälp (Krethong m.fl., 2008). Där framkom att socialt stöd inte hade någon positiv effekt på patienternas hälsorelaterade livskvalitet, men att socialt stöd kunde minska patienternas symtom. I studien av Dekker m.fl. (2009) tyckte samtliga deltagare att socialt stöd var viktigt för att minska depressiva symtom. Familjen/vännerna gav emotionellt, fysiskt och ekonomiskt stöd.

### **Ta hänsyn till trötthet**

Hägglund, Boman och Lundman (2008) undersökte den upplevda tröttheten hos äldre kvinnor med hjärtsvikt. Förlust av fysiska funktioner kunde leda till nedstämdhet och trötthet. Sjuksköterskan kunde uppdatera patientens hälsostatus med jämna mellanrum för att säkerställa vilka omvårdnadsåtgärder som behövdes just då. Det fanns saker som patienten kunde behöva hjälp med beroende på dagsformen. En dag kanske sjuksköterskan fick hjälpa patienten att tvätta håret medan en annan dag kanske patienten behövde hjälp med allting för att hantera sin livssituation. Om patienten kunde lita på att hon får hjälp så kände hon sig trygg (Hägglund m.fl., 2008).

Sjuksköterskan kunde uppmuntra patienten till att göra sådant som hon var intresserad av, exempel korsord eller handarbete (Dekker m.fl., 2009).

Att skapa förutsättningar för att kunna ta hand om sig själv och genomföra egenvård. Att bevara de egna resurserna, lära om när det gäller att utföra sina dagliga aktiviteter. Patienten kunde göra saker på nya sätt, långsammare än förut och vila oftare. Ibland behövde sjuksköterskan ordna hjälp med praktiska hjälpmedel såsom en rollator och även informera patienten om glädjen i att ha en rollator. Rollatorn underlättade patientens vardag exempelvis vid matinköp. Det var viktigt att

sjuksköterskan uppmuntrade patienten så att inte patienten gav upp och tappade hoppet (Hägglund m.fl., 2008).

### **Ta hänsyn till smärta**

Brännström, Ekman, Norberg, Boman och Strandberg (2006) ville belysa hur det var att leva med kronisk hjärtsvikt. Där framkom att det var viktigt för vårdpersonal att kunde se hela människan och försöka förstå olika symtom. Patienterna kunde inte skilja på symtomen utan såg de som en helhet (Brännström m.fl., 2006).

Enligt Hägglund m.fl. (2008) kunde smärta vara en ny upplevelse som patienten inte kände igen i kroppen eller i själen. Smärta kunde leda till försämrad fysisk förmåga och/eller psykosocial förmåga. Smärta kunde göra att patienten kände sig svag i hela kroppen. Det kunde leda till trötthet och det får inte ignoreras av sjuksköterskor (Hägglund m.fl., 2008).

I en studie av Evangelista, Sackett och Dracup (2008) undersöktes förhållandet mellan smärta och livskvalitet. Resultatet visade på att smärta fanns i en majoritet av patienterna med hjärtsvikt. De kom också fram till att det var viktigt att vårdpersonal gjorde en noggrann bedömning av smärtan och såg till att lidandet inte förblir dolt (Evangelista m.fl., 2008).

## **DISKUSSION**

### **Sammanfattning av huvudresultaten**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kunde vidta för att stödja patienter med hjärtsvikt så att patienten skulle uppleva välbefinnande. Studiens huvudresultat visade att om patienter fick utökat praktiskt stöd av sjuksköterskor och läkare, i form av tätare uppföljningar, mer individuell patientundervisning och emotionella råd utefter patientens dagsform och egna resurser ledde det till högre välbefinnande hos patienterna. Det framkom att det var viktigt att vårdpersonalen gjorde en noggrann bedömning, att de såg hela människan och skiljde på olika symtom (Hägglund m.fl., 2008; Raffi m.fl., 2008; Gary, 2006). Sjuksköterskan var en viktig del i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt. Att hon skulle förstå patientens situation och kunna avsätta tid för patientundervisning, att uppmana till aktivitet, bygga tillit och trygghet och arbeta utefter vetenskaplig, beprövad erfarenhet (Gary, 2006; Austin m.fl., 2005; Raffi m.fl., 2005).

## Resultatdiskussion

Enligt Jahren m.fl. (2005) skulle sjuksköterskan visa respekt för varje enskild individ. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten skulle vara centralt i en omvårdnadsprocess. Hägglund m.fl. (2008) har kritiserat att kropp och själ inte anses som ett med varandra, att kroppen bör vara en del av jaget och ses som en existentiell plattform i egenvården. Kutzleb m.fl. (2006) menade att hjärtsvikt påverkar hela människans livsvärld, såsom kropp – själ – ande och patientens varande. Deras vardag blev förändrad både intellektuellt, psykiskt, emotionellt och livslusten försämrades. Uppsatsförfattarna tror att utbildning/information leder till bättre egenvård och självdisciplin. Genom att sjuksköterskan låter patienten hitta sina egna resurser och få patienten att finna glädje i att kunna utföra dagliga aktiviteter. Virginia Henderson (1955) var tidig att förstå vikten av att bevara människans integritet, autonomi och egna resurser för att bevara välbefinnandet och uppnå god hälsa trots sin diagnos (Jahren m.fl., 2005). Uppsatsförfattarna anser att det skulle arbetas mer utefter Hendersons 14 punkter för att inte skapa onödigt lidande för patienten.

I studien av Burström m.fl. (2007) ansåg männen att de skulle kunna må mycket bättre i sin sjukdom och inte ens behöva ta läkemedel om de fick kontinuerlig uppföljning av sjukvårdspersonal. Uppsatsförfattarna menar att sjuksköterskor inte bör bortse ifrån patienternas upplevelser, ångest och oro. Att inom sjuksköterskans kompetensområde bygga mer på tilliten mellan omvårdnadspersonalen och patienten.

Gallagher m.fl. (2008) menade att om inte patienten förstår behovet av att ändra sitt beteende så kan de inte ta till sig egenvårdsåtgärder. Uppsatsförfattarna vill här trycka på vikten av information till varje patient och att den bör vara individuellt anpassad.

Austin m.fl. (2005) tog också upp att alla patienter med hjärtsvikt var lämpade för någon form av träningsprogram. Uppsatsförfattarna menar att träning bör anpassas till varje enskild individ. Hänsyn bör tas till patientens dagsform, egna resurser och mål. I studierna av Raffi m.fl. (2008) och Mårtensson m.fl. (2005) blev resultaten olika då den ena studien visade att utbildning av hjärtats anatomi inte är att rekommendera medan den andra studien visade att utbildning var bra.

Uppsatsförfattarna anser att utbildning leder till bättre kunskap som i sin tur kan leda

till en bättre trygghet för patienten . En slutsats som kan dras är att patienterna borde vara delaktiga i vården på deras villkor och patientens vilja borde få stå i fokus. Dekker m.fl. (2009) menade att motion gjorde att patienter med hjärtsvikt blev mindre deprimerade och att patienterna fick lära sig att använda ett positivt tänkande för att lättare kunna hantera sina depressiva symtom. Uppsatsförfattarna anser att motion i lagom portion leder till ett gott välbefinnande.

Song m.fl. (2009) hade gjort den första studien som visade att depression hade ett samband med upprepade inläggningar inom slutenvården hos patienter med hjärtsvikt. Då menar uppsatsförfattarna att det är viktigt om sjuksköterskan och läkarna kan upptäcka tidiga depressionssymtom genom exempelvis att kunna ställa öppna frågor till patienten.

Evangelista m.fl. (2009) beskrev vikten av att kunna bedöma smärta hos patienter med hjärtsvikt. Uppsatsförfattarna har nämnt VAS skalan men även att kunna ställa frågor till patienter angående när och hur smärtan uppkommer eller minskar. Vad det är för slags smärta och finns det lägen som underlättar för patienten så att det känns bättre. En så tydlig bedömning som möjligt bör göras så att patienten blir smärtlindrad för att sjuksköterskan ska kunna lindra patientens lidande.

Krethong m.fl. (2008) påvisade att NYHA klassificeringen inte passade alla patienter med hjärtsvikt på frågan om patienters hälsorelaterade livskvalitet. Patientens symtomstatus bör dock beaktas när man beslutar vilka omvårdnadsåtgärder som ska vidtas. NYHA I är när patienter med hjärtsvikt inte har några symtom och NYHA IV är när patienter med hjärtsvikt har svåra symtom. Uppsatsförfattarna håller med om att det är viktigt att anpassa omvårdnadsåtgärder individuellt.

I studien med Gary (2006) framkom det att nästan hälften av kvinnorna fick diagnosen depression. Författaren till studien kunde inte förklara varför en del patienter anpassade sig och en del inte anpassade sig till en livsstilsförändring och egenvårdsåtgärder. De flesta kvinnorna i studien var stillasittande och trodde att aktivitet skulle förvärra deras symtom. Samtidigt som flera deltagare ville lära sig hur de kunde leva bättre och därmed längre. Gary ansåg även att det forskats för lite på kvinnor med hjärtsvikt. Uppsatsförfattarna menar att det kan vara en brist i

kommunikationen, utbildningen eller tidsbrist som gör att vissa människor inte tar till sig informationen.

## **Metoddiskussion**

Denna uppsats genomfördes som en litteraturstudie och till resultatet presenterades fyra kvalitativa och åtta kvantitativa artiklar från olika delar av världen. Fördelarna var att det fanns mycket forskning inom hjärtsvikt och det var därför inga problem att hitta material. Nackdelen var att det blev svårt att hitta ett system om hur uppsatsförfattarna skulle ta fram material. Det blev ett rubrikurval där uppsatsförfattarna läste många rubriker och om rubriken stämde med uppsatsförfattarnas syfte och frågeställning så lästes abstraktet och därefter valdes artikeln ut. Uppsatsförfattarna sökte artiklar från Högskolan Dalarnas bibliotek via sökmotor och databaser och även manuell sökning via andra artiklars referenslistor. Sökorden uppsatsförfattarna använde kan läsas i arbetet. Sökorden gav ett stort utfall och gav uppsatsförfattarna mycket användbart material. Sökorden användes både enskilt och även tillsammans för att minska ner antalet funna artiklar. När sökorden quality of life och well-being söktes så kom välbefinnande upp på båda sökningarna, uppsatsförfattarna tolkade att de har samma betydelse. Sökkriterier var att artiklarna skulle finnas i fulltext, vara på engelska eller svenska och mellan åren 2005 och 2011, detta ledde till att uppsatsförfattarna kunde ta del av den senaste forskningen inom hjärtsvikt. Inklusions – och exklusionkriterier har använts.

Då sökningen av litteratur genomfördes hittades dubletter av samma studier i flertalet sökningar i olika databaser.

Eftersom uppsatsförfattarna gjorde rubrikurval genom att läsa rubriker och en del abstrakt så kan många användbara artiklar utelämnats.

Det fanns artiklar som verkade intressanta men som inte gick att få i fulltext. I vissa fall gick artiklarna att beställa från Högskolan Dalarnas bibliotek men detta gjordes inte då uppsatsförfattarna ansåg att arbetet skulle vara kostnadsfritt.

Uppsatsförfattarna har gemensamt diskuterat artiklarnas resultat för att sedan tolka det och gjort en sammanställning så sanningsenligt det bara gick. Artiklarna som användes till resultatet var skrivna på engelska och det medförde en risk för feltolkning och även att uppsatsförfattarna missuppfattat resultatet av artiklarna. (Forsberg & Wengström, 2008). Uppsatsförfattarna har haft för avsikt att det viktigaste från varje artikel skulle tas med.

Det kan även tilläggas att granskningsmallarna inte passade till alla artiklar då alla artiklar inte hade frågeställningar, många hade varken inklusions eller exklusionskriterier och en del hade inte en urvalsmetod. Detta ledde till att poängen inte blev helt korrekt i granskningen. Uppsatsförfattarnas granskning gjordes efter bästa förmåga.

### **Slutsats**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kunde vidta för att patienterna skulle uppleva välbefinnande. Uppsatsförfattarna har försökt lägga vikten på vad sjuksköterskan kunde göra i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt. Studierna visade också att ett utökat stöd bland annat i form av mer utbildning/information, tätare uppföljningar från sjuksköterskan, ledde till högre välbefinnande och trygghet hos patienter med hjärtsvikt. Uppsatsförfattarna tycker att det är väldigt viktigt att se hela människan bakom diagnosen och att följa upp patienterna efter diagnostisering. Att sjuksköterskan förvissas sig om att patienter med hjärtsvikt har förstått informationen och att patienterna känner sig delaktiga i egenvården. Det kanske är möjligt att vidareutveckla utbildningen för patienter med hjärtsvikt så att den blir mer anpassad för just dessa patienter? Författarna tror att det kan leda till färre depressioner och även bättre palliativ vård för patienter med hjärtsvikt. Vår förhoppning med denna litteraturstudie är att fler sjuksköterskor tar sig tid att lyssna på patienter med hjärtsvikt, att sjuksköterskan ställer frågor som leder till ett motiverande samtal. Att sjuksköterskan utbildar patienter på individnivå och att sjuksköterskor fortsätter vara empatiska så att vi inte glömmer patienters autonomi, integritet och deras livsvärld.

### **Förslag till vidare forskning**

Denna litteraturstudie har belyst vikten av information/utbildning inom sjuksköterskans kompetensområde i omvårdnaden av patienter med hjärtsvikt. Utifrån den litteratur som uppsatsförfattarna har presenterat i resultatet anser uppsatsförfattarna att fortsatt forskning är relevant eftersom antalet patienter med hjärtsvikt ökar varje år. Uppsatsförfattarnas förslag till ny forskning är att det vore bra med mer kvalitativa studier då det tydligare framkommer hur patienter med hjärtsvikt upplever sin sjukdom och hur sjukdomen påverkar patienternas välbefinnande. Det vore även intressant att läsa mer forskning inom palliativ vård av

patienter med hjärtsvikt, men en sådan här litteraturstudie är tidsbegränsad så uppsatsförfattarna kan ha missat studier på grund av tidsbrist. Uppsatsförfattarna tror att ett nytt mätinstrument kanske kunde tas fram, nytt frågeformulär eller dylikt som är anpassat till patienter med hjärtsvikt i utbildningssyfte.

Kanske är det just palliativ vård och hjärtsvikt som är intressant i framtiden?

## REFERENSER

- Austin, J., Williams, R., Ross, L., Moseley, L., & Hutchison, S. (2005). Randomized controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, (7), 411-417.
- Brännström, M., Ekman, I., Norberg, A., Boman, K., & Strandberg, G. (2006). Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (5), 295-302.
- Burström, M., Boman, K., & Brulin, C. (2007). Male patients with heart failure and their experience of being safe and unsafe. *Vård i Norden*, 27(3), 24-28.
- Chowdhury, M., Adams, S., & Whellan, D. (2010). Sleep-Disordered Breathing and Heart Failure: Focus on Obstructive Sleep Apnea and Treatment With Continuous Positive Airway Pressure. *Journal of Cardiac Failure*, 16(2), 164-174.
- Dekker, R., Peden, A., Lennie, T., Schooler, M., & Moser, D. (2009). Living With Depressive Symptoms: Patients With Heart Failure. *American Journal of Critical Care*, 18(4), 310-318.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska Sjukdomar*. Danmark: Narayana Press.
- Evangelista, L., Sackett, E., & Dracup, K. (2008). Pain and heart failure: Unrecognized and untreated. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 169-173.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Forssell, A., & Boman, K. (2006). Erfarenheter av palliativ avancerad hemsjukvård för patienter med svår kronisk hjärtsvikt. *Vård i Norden*, 26(3), 44-48.
- Gallagher, R., Donoghue, J., Chenoweth, L., & Parbury, J. (2008). Self-management in older patients with chronic illness. *International Journal of Nursing Practice*, (14), 373-382.
- Gary, R. (2006). Self-care practices in women with diastolic heart failure. *Heart & Lung*, 35(1), 9-19.
- Graneheim, B., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Department of Nursing, Umeå University*, (24), 105-112.
- Hägglund, L., Boman, K., & Lundman, B. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (7), 290-295.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E-A., (2005). *Grundläggande omvårdnad: Del 1*. Stockholm: Liber AB.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E-A., (2005). *Grundläggande omvårdnad: Del 3*. Stockholm: Liber AB.



Krethong, P., Dahlström, U., & Broström, A. (2008). A Casual Model of Health-Related Quality of Life in Thai Patients With Heart-Failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 254-260.

Kutzleb, J., & Reiner, D. (2006). The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, (18), 116-123.

Mårtensson, J., Strömberg, A., Dahlström, U., Karlsson, J-E., & Fridlund, B. (2005). Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *The European Journal of Heart Failure*, (7), 393-403.

Raadu, G. (2008). *Författningshandboken*. Stockholm: Liber AB.

Rafii, F., Shahpoorian, F., & Azarbaad, M. (2008). The Reality of Learning Self-Care Needs during Hospitalization: Patients' and Nurses' Perceptions. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 16(2), 34-39.

Song, E., Lennie, T., & Moser, D. (2009). Depressive symptoms increase risk of rehospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, (18), 1871-1877.

Strömberg, A. (2005). *Vård vid hjärtsvikt*. Lund: Studentlitteratur.

Veien, K., Videbäck, L., Schou, M., Gustafsson, F., Hald-Steffensen, F., & Hildebrandt, P. (2010). High mortality among heart failure patients treated with antidepressants. *International Journal of Cardiology*, 1-4.

While, A., & Kiek, F. (2009). Chronic heart failure: promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing*, 14(2), 54-58.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1:

Granskningsmall för kvantitativa studier  
Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) och  
Forsberg & Wengström (2008)

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

**Maxpoäng:** 29

**Erhållen poäng:**

**Kvalitet:**

låg

medel

hög

## Bilaga 2:

Granskningsmall för kvalitativa studier

Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008)

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

**Maxpoäng:** 25

**Erhållen poäng:**

**Kvalitet:**                      låg                      medel                      hög