

Etterlevelse av egenomsorgstiltak hos eldre hjemmeboende med hjertesvikt.

Hvilke tiltak anbefales for at eldre hjemmeboende med hjertesvikt kan håndtere egen sykdom?

Runa Gomo



Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2020

Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie

Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

15.11.2020

Vitenskapelig artikkel for Nordisk Sygeplejeforskning

Antall ord: 8466

Antall ord i artikkel: 4973

Tittel:

Etterlevelse av egenomsorgstiltak hos eldre hjemmeboende med hjertesvikt

Kort tittel:

Egenomsorg hos hjertesviktpasienter

Runa Gomo

Hovinveien 7a

0576 Oslo

runagomo@gmail.com

Mastergradsstudent ved Universitetet i Oslo

Sykepleier i mestringsteam, bydel Frogner, Oslo kommune

© Forfatter: Runa Gomo

År: 2020

Tittel: *Etterlevelse av egenomsorgstiltak hos eldre hjemmeboende med hjertesvikt*

Forfatter: Runagomo@gmail.com

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Runa Gomo	Dato: 15.11.2020
<i>Hvilke tiltak anbefales for at eldre hjemmeboende med hjertesvikt kan håndtere egen sykdom?</i>	
<p>Bakgrunn: Hjertesvikt rammer mange eldre og medfører symptomer som dyspnè, ødemer, hjertebank og tiltaksløshet. Behandlingen består av medisiner og ikke-medikamentelle tiltak som kan bedre symptomer og forebygge forverring. Dette krever høy grad av egenomsorg. Det er kjent at mange eldre ikke klarer å følge opp behandlingen, og en av de vanligste årsakene til reinnleggelser hos eldre i Norge er mangelfull etterlevelse av egenomsorgstiltak.</p> <p>Hensikt: Å systematisere kunnskap om intervensjoner som styrker egenomsorg hos hjemmeboende eldre med hjertesvikt.</p> <p>Metode: Systematisk litteraturstudie ble brukt som metode. Litteratursøk ble utført i databasene Ovid MEDLINE, SweMed+ og CINAHL i oktober 2019.</p> <p>Resultater: Undervisning var et fellestrekk i alle studiene og ble benyttet før utskrivelse fra sykehus, i pasientens hjem, muntlig og skriftlig. Alle studiene resulterte i varierende grad til bedret egenomsorg, og noen av dem til færre reinnleggelser. Studiene med best resultater inneholdt en kombinasjon av flere tiltak og hyppig kontakt med pasienten.</p> <p>Konklusjon: Evidensbasert undervisning kombinert med hjemmebesøk, skriftlig informasjon og hyppig oppfølging kan føre til bedret egenomsorg og færre reinnleggelser hos eldre hjemmeboende med hjertesvikt.</p>	
Nøkkelord: Litteraturgjennomgang, egenomsorg, etterlevelse, geriatri, kardiologi, sykepleie	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Runa Gomo	Date: 15.11.2020
<i>What measures are recommended for elderly people living at home with heart failure to cope with their own illness?</i>	
<p>Background: Heart failure affects many elderly and results in dyspnea, edema, palpitations and inaction. The treatment consists of medication and non-drug measures that can better symptoms and prevent exacerbation. This requires a high degree of self-care. It is known that many elderly people are unable to follow up the treatment, and one of the most common reasons for readmissions among the elderly in Norway is inadequate compliance with self-care measures.</p> <p>Aim: To systematize knowledge about interventions that strengthen self-care in elderly people living at home with heart failure.</p> <p>Method: Systematic literature study was used as method. Literature search was performed in the database Ovid MEDLINE, SweMed + and CINAHL in October 2019.</p> <p>Results: Teaching was a common feature in all studies and was used before discharge from hospital, in the patient's home, orally and in writing. All studies resulted in varying degrees of improved self-care, and some of them to fewer readmissions. The studies with the best results contained a combination of several measures and frequent contact with the patient.</p> <p>Conclusion: Evidence-based teaching combined with home visits, written information and frequent follow-up may lead to improved self-care and fewer readmissions for elderly home residents with heart failure.</p> <p>Keywords: Literature review, self-care, compliance, adherence, geriatrics, cardiology, nursing</p>	

Forord

Masteroppgaven er skrevet etter regler og normer for Masterstudiet i avansert geriatrisk sykepleie ved Universitet i Oslo. Oppgaven er skrevet som artikkel og følger forfatterveiledningen til Nordisk Sykeplejeforskning.

Jeg har gjennom min erfaring som sykepleier opplevd at eldre hjemmeboende med hjertesvikt ikke følger opp anbefalt behandling i hjemmet. Oppgaven min er motivert av at jeg ønsket å finne ut hva sykepleiere kan gjøre for å bedre dette.

Prosessen med masteroppgaven har vært utfordrende og spennende. Å fullføre oppgaven midt i en global pandemi har gjort det mer utfordrende, men har også gjort at jeg er mer stolt enn noensinne av å være sykepleier.

Jeg vil gjerne sende en stor takk til veilederne mine Hilde Wøien og Edel Jannecke Svendsen for svært god hjelp og innspill underveis i skriveprosessen.

Jeg vil også takke mannen min Christoffer for tålmodighet, og hunden Bo for trøst når jeg har hatt skrivesperre.

En spesiell takk til ledere og kolleger i Mestringsteamet, bydel Frogner. Uten deres støtte hadde ikke dette vært mulig.

Runa Gomo

15.11.2020

Innhold

1	Introduksjon	8
1.1	Hensikt.....	9
2	Metode.....	10
2.1	Søkestrategi	10
2.2	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	10
2.3	Artikkelutvelgelse.....	11
2.4	Analyse	11
2.5	Etikk.....	12
3	Resultater.....	13
3.1	Populasjon i studiene og hvordan egenomsorg ble målt	13
3.2	Teoretiske rammeverk som begrunnelse for tiltakene.....	14
3.3	Effekten av undervisning før utskrivelse fra sykehus	15
3.4	Effekten av skriftlig undervisningsmateriale.....	16
3.5	Effekten av hjemmebesøk og telefonoppfølging som en arena for undervisning	16
3.6	Betydningen av å kombinere flere tiltak.....	17
4	Diskusjon.....	18
4.1	Effekten av undervisning før utskrivelse fra sykehus	18
4.2	Effekten av hjemmebesøk og telefonoppfølging.....	19
4.3	Effekten av skriftlig undervisningsmateriale.....	21
4.4	Metodologiske betraktninger	22
5	Konklusjon	23
6	Referanser.....	24
7	Vedlegg	26
7.1	<i>Figur 1: Flytskjema over seleksjonsprosess og artikkelutvelgelse</i>	<i>27</i>
7.2	<i>Tabell 1: Matrise – Funn fra litteraturgjennomgangen</i>	<i>28</i>
7.3	<i>Tabell 2 – Syntese over studienes intervensjoner og resultater</i>	<i>31</i>
7.4	Forfatterveiledning til Nordisk Sygeplejeforskning	32

1 Introduksjon

Hjertesvikt er en sykdom som ofte rammer eldre, og ifølge landsforeningen for hjerte- og lungesyke lider 10% av alle over 75 år av hjertesvikt i den vestlige verden (1). De vanligste symptomene er dyspnè, ødemer, vektendringer, hjertebank, tretthet og tiltaksløshet (1). Det er flere forhold som gjør at eldre er mer utsatt for hjertesvikt, men de vanligste årsakene er iskemisk hjertesykdom, høyt blodtrykk, klaffefeil og arytmier (2). Selv om bakenforliggende årsaker noen ganger kan behandles, kan hjertesvikt sjelden helbredes helt (1). Behandling av hjertesvikt består av både medikamentell og ikke-medikamentell behandling (3).

Medikamentell behandling har som mål å optimalisere hjertets pumpefunksjon, bedre perifer sirkulasjon og bremse kompensasjonsmekanismene som er skadelig for hjertet på sikt (4). For å unngå forverring av sykdom er det viktig å ta medisiner som foreskrevet, og følge ikke-medikamentell behandling som består av blant annet daglig veiting, væskebegrensning, saltredusert diett, tilpasset aktivitet og røykeslutt (5, 6). Hjertesvikt er en av de vanligste årsakene til reinnleggelser hos eldre, og analyser fra Helsedirektoratet viser at sannsynlighet for reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus for eldre med hjertesvikt var 23,2 % i 2019 (7). Den vanligste årsaken til reinnleggelser hos denne pasientgruppen er dårlig etterlevelse av medikamentell behandling, (8), og internasjonale studier viser at pasienter også skårer lavt på etterlevelse av ikke-medikamentelle tiltak (9). Mangelfull etterlevelse av behandling fører til forverring av symptomer, redusert livskvalitet, dårligere prognose for pasienten og økte kostnader for samfunnet (10).

Egenomsorg refererer til de aktivitetene utført med intensjon om å holde seg frisk eller forebygge ytterligere helseproblemer (11). Hos pasienter med hjertesvikt er den enkeltes egenomsorg sentral, og sykepleiere må derfor tilrettelegge for å gjøre det mulig for disse pasientene å håndtere egen sykdom (12). Etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 bor stadig flere eldre hjemme som ellers ville blitt lagt inn i sykehjem, og det er et overordnet mål at vi alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig (4). For å få til dette er det viktig med kunnskap om hvordan egenomsorg hos eldre kan styrkes. Fordi eldre gjerne har flere sykdommer, bruker flere medikamenter, kan ha nedsatt syn, hørsel eller hukommelse er de mer sårbar for nedsatt egenomsorgsevne (4). Behandling av hjertesvikt er dessuten kompleks i den forstand at den består av både medikamentelle og ikke-medikamentelle egenomsorgstiltak og krever kontinuerlig vurdering av egen helsetilstand (6).

Fordi det er kjent at mangelfull etterlevelse av egenomsorgstiltak er et vesentlig problem hos eldre med hjertesvikt (6), dukker det stadig opp ny forskning som setter lys på faktorer relatert til intervensjoner som kan bedre egenomsorg (11). I teorien *The-situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care Revised and Updated* (13) definerer Barbara Riegel og Victoria Vaughan Dickson egenomsorg som en naturalistisk beslutningstakingsprosess. Dette er en videreutviklet utgave av den originale teorien fra 2008, som nå legger mer vekt på hvilke faktorer som påvirker beslutninger relatert til egenomsorg. Den naturalistiske beslutningstakingsprosessen inneholder følgende aktiviteter utført i rekkefølge; *vedlikehold, symptomgjenkjenning og håndtering*. Dette vil si at for å bedre egenomsorg må pasienten kunne etterleve hjertesviktbehandling, kjenne igjen og forstå symptomer og direkte håndtere dem (13). Teorien kan hjelpe behandlere å forstå hva det er som gjør at pasienter ikke klarer å etterleve egenomsorgstiltak, og dermed sette i gang tiltak som kan redusere negative utfall av hjertesvikt ved å påvirke pasientens beslutningstakingsprosess (13). Hvilke beslutninger pasienten tar, påvirkes av pasientens kunnskap, ferdigheter, erfaring og egne verdier som igjen blir påvirket av situasjonsbaserte faktorer som for eksempel sosioøkonomisk status, hvor syke de er og sosial støtte (13). En tidligere litteraturgjennomgang fra 2008 har sett på hva som kjennetegner intervensjoner som kan bedre egenomsorg hos hjertesviktpasienter, og konkluderte med at mangelfull etterlevelse var et problem og videre forskning var nødvendig (6).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å systematisere kunnskap om intervensjoner utført av sykepleiere som styrker egenomsorg hos hjemmeboende eldre med hjertesvikt.

Problemstillingen blir som følger:

Hvilke tiltak anbefales for at hjemmeboende eldre med hjertesvikt kan håndtere egen sykdom?

2 Metode

For å besvare forskningsspørsmålet ble systematisk litteraturgjennomgang benyttet som metode. Dette er en metode som systematiserer tilgjengelig forskning som omhandler et bestemt forskningsspørsmål. På samme måte som systematic review, går denne metoden ut på å bruke spesifikke prosedyrer for datainnsamling på en systematisk og reproduserbar måte (14, 15). En systematisk litteraturgjennomgang skiller seg likevel fra en systematic review ved at den er mindre detaljert og omfattende. Metoden er derfor hensiktsmessig for å sammenfatte tilgjengelig forskning innenfor et område når det ikke er tilgjengelige ressurser og tid til å gjennomføre en full systematic review (15).

2.1 Søkestrategi

Strukturert litteratursøk ble utført i oktober 2019 i samarbeid med spesialbibliotekar. PICO står for Population, Intervention, Comparison og Outcome (16) og ble brukt i forkant av litteratursøket for å gi struktur og klargjøre problemstillingen for litteratursøk (17).

Databasene som ble brukt i søket er Ovid MEDLINE, CINAHL og SweMed+. Søkene ble utvidet med medisinske emneord (MeSH) i Ovid MEDLINE og SveMed+, og med Major Headings i CINAHL ved bruk av kombinasjonsordene AND og OR. Følgende søkeord ble benyttet:

Heart failure, treatment adherence, compliance, patient acceptance of health care, patient compliance, medication adherence, no-show patients, patient dropouts, patient participation, treatment refusal, self care, self administration, self medication, home, home nursing, home care services, home care services, home health nursing, home nursing, aged, 80 and over, frail elderly, older people, elderly, geriatric, older patient.

2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inkluderingskriteriene var som følger: aldersgruppe (65+), diagnostisert med hjertesvikt, hjemmeboende, primærartikler på engelsk og skandinavisk språk og artikler publisert mellom 2009 og 2019.

Artikler som ikke handlet om etterlevelse av egenomsorgstiltak eller hadde et annet diagnosefokus enn hjertesvikt ble ekskludert. Artikler som ikke omhandlet hjemmeboende

eldre eller hvor intervensjonen bare ble utført av andre yrkesgrupper enn sykepleiere ble også ekskludert.

2.3 Artikkelutvelgelse

Litteratursøket resulterte i 99 artikler etter fjerning av duplikater. Etter en grundig sorteringsprosess (se figur 1) ble totalt seks artikler inkludert. Fire av studiene ble utført i USA (18-21) mens de to resterende i Brasil og Colombia (22, 23). Alle studiene var kvantitative. Tre av artiklene (18, 19, 22) brukte et før-etter design uten kontrollgruppe, en brukte randomisert prospektivt design (20), en brukte komparativt deskriptivt design (21) og en brukte ikke-blindet randomisert kontrolldesign (23). Kvaliteten på artiklene ble vurdert ut fra det Amerikanske forskningscenteret National Heart, Lung And Blood Institute sine sjekklister (24). Ut fra sjekklisene for pre-post studier uten kontrollgruppe og kontrollerte intervensjonsstudier ble artiklene kategorisert i dårlig, middels og god forskningskvalitet, der alle de inkluderte studiene var av middels forskningskvalitet.

Figur 1 kan plasseres her: Flytskjema over seleksjonsprosess og artikkelutvelgelse

2.4 Analyse

Med utgangspunkt i Riegel og Dickson (13) sin teori om egenomsorg som en naturalistisk beslutningstakingsprosess, ble det utarbeidet en analysestrategi med viktige intervensjoner som styrker egenomsorg. Kategoriene ble delt inn i «undervisning før utskrivelse fra sykehus», «skriftlig undervisningsmateriale» og «hjemmebesøk og telefonoppfølging». Fordi de inkluderte studiene benyttet ulike design, ble resultatene som omhandlet samme kategori sammenfattet i tråd med Aveyard (15), s. 144 sin metode for tematisk analyse.

2.5 Etikk

Det ble bare inkludert artikler som hadde fulgt forskningsetiske regler der det forelå samtykke, og at frivillighet kunne dokumenteres. I en litteraturstudie berøres ikke pasienter direkte. Personvern hensyn omfatter derfor hovedsakelig etterrettelighet og det å gjøre en kvalitetsvurdering av de utvalgte artiklene.

3 Resultater

3.1 Populasjon i studiene og hvordan egenomsorg ble målt

I de seks artiklene som ble inkludert, var det til sammen 189 deltakerne som mottok en intervensjon for å bedre etterlevelse av egenomsorgstiltak knyttet til hjertesviktbehandling. Det var få deltakere i studiene og antallet varierte fra 18-41. Alle deltakerne var diagnostisert med hjertesvikt og gjennomsnittsalderen var 69,5 år, derav 45% menn og 55% kvinner. Alle studiene beskrev fordeling av kjønn, som var jevnt fordelt, bortsett fra hos Bryant & Gaspar (19) som hadde en overvekt av kvinner (72,2%). Studien viste stor variasjon i utdanningsnivå der det var spesifikt nevnt (19, 20, 22, 23). For å beskrive funksjonsnivå, brukte fire artikler (20-23) klassifiseringsskalaen New York Heart Association (NYHA) som sier noe om hvor uttalt sykdommen er og graderes fra 1 til 4. Deltakernes funksjonsnivå varierte fra å bare ha symptomer ved større anstrengelser, til å få symptomer ved minimal aktivitet (25).

For å måle grad av egenomsorg, brukte fire av artiklene (18-21) Self-Care of Heart failure Index (SCHFI). Dette er et validert selvrapporteringskjema som måler egenomsorg og mestringsfølelse med 22 spørsmål delt inn i 3 kategorier: *Vedlikehold* måler direkte etterlevelse av behandling, som for eksempel å ta medisiner som forskrevet og veie seg daglig. *Håndtering* måler evne til å kjenne igjen symptomer og handle ut fra dem, og *selvtillit* måler disponerende faktorer for mestringsfølelse, altså troen til å kunne utøve egenomsorg (20). Rodriguz-Gazquez et al. (23) brukte Artinian`s Heart Failure Self-Care Behaviours Scale, mens Mantovani et al. (22) brukte et selvrapporteringsverktøy som er validert i Brasil. Felles for alle studiene er at de målte selvrapportert etterlevelse av egenomsorgstiltak med likert skala. De fleste artiklene (18-21, 23) målte også (re)innleggelse. Siden dette er en indikator på mangelfull egenomsorg, har jeg valgt å inkludere dette utfallsmålet.

Tabell 1 kan plasseres her: Matrise – Funn fra litteraturgjennomgangen

Varigheten på studiene varierte fra 30 dager til 12 måneder og inneholdt intervensjoner som var sammensatt av ulike deler. Alle studiene inkluderte intervensjoner utført av sykepleiere, og tre av studiene (19, 21, 22) presiserte viktigheten av spesialkompetanse innen avansert klinisk sykepleie (19), veiledning (21) og hjertesvikt (22). Felles for alle studiene var undervisning som ble utført muntlig og skriftlig, før utskrivelse fra sykehus og i pasientens hjem. En studie (20) inneholdt også telemonitorering hvor blodtrykk, puls og vekt ble vurdert daglig av sykepleier. Denne studien rapporterte flere tekniske utfordringer som kan ha påvirket resultatene. Sykepleierne måtte derfor ha hyppigere kontakt med deltakerne enn det som var tiltenkt, og de oppga også større frafall av deltakere underveis i studien enn de andre. Telefonoppfølging ble også brukt i tre av studiene (18, 21, 23), men alltid i kombinasjon med andre tiltak. Alle studiene kunne vise til varierende grad av bedret egenomsorg hos deltakerne, men siden tre (18, 19, 22) av dem ikke hadde egen kontrollgruppe, kan man ikke utelukke at det er andre faktorer som påvirket resultatene. En studie (20) oppga heller ikke alle resultatene fra selvrapporteringskjemaet SCHFI, men bare enkelte elementer av egenomsorgsadferd. Tre studier (19-21) viste til færre reinnleggelser, enten sammenlignet med tiden før studien eller sammenlignet med kontrollgruppen, men bare en av dem oppga p-verdi (21). Denne studien (21) viste signifikant færre reinnleggelser enn kontrollgruppen, men ingen forskjell mellom gruppene relatert til egenomsorg. Oversikten over ulike intervensjoner og resultater er skissert i tabell 2.

Tabell 2 kan plasseres her: Syntese over studienes intervensjoner og resultater

3.2 Teoretiske rammeverk som begrunnelse for tiltakene

Fire studier (18, 19, 21, 23) benyttet et teoretisk rammeverk for å vektlegge hvordan etterlevelse av egenomsorgstiltak er avhengig av flere faktorer og ikke forekommer i et vakuum. Rodrigues-Gazquez et al. (23) brukte Dorothea Orems teori Self-care deficit theory som omhandler hvilke aktiviteter individer utfører på vegne av seg selv bevisst og kontinuerlig for å vedlikeholde liv, helse og velvære. Studien (23) undersøkte hvilken effekt et undervisningsprogram hadde, med begrunnelse om at teorien går ut fra at økt kunnskap om mulige helseproblemer er et sentralt element for å bedre egenomsorgsadferd. Baptiste et al.

(18) brukte Bandura`s Self-efficacy Model som sier at muntlig overbevisning kan påvirke mestringstro. Undervisning ble derfor benyttet i studien fordi økt mestringstro og egenomsorgsadferd er tett knyttet sammen. Denne sammenhengen ble også beskrevet i Riegel & Dickson sin originale teori The Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care fra 2008 som Bryant & Gaspar (19) og Hoover et al. (21) brukte i sine studier. Teorien beskriver tre sentrale elementer for å opprettholde egenomsorg hos pasienter med hjertesvikt. *Vedlikehold* inkluderer symptomovervåking og etterlevelse av behandling, mens *håndtering* går ut på å kjenne igjen symptomer og handle ut fra dem. Teorien inneholder i tillegg elementet *selvtillit*, som også omtales som mestringstro, og har stor betydning for hvordan man vil lykkes med de to første elementene (19, 21). Både den originale og den oppdaterte teorien fra Riegel & Dickson definerer egenomsorg som en naturalistisk beslutningstakingsprosess, men i den originale versjonen ble beslutningstaking bare diskutert relatert til håndtering. I tillegg har den oppdaterte versjonen byttet ut elementet *selvtillit* med *symptomgjenkjenning* og går mer inn på hvilke faktorer som påvirker beslutninger pasienter med hjertesvikt må ta daglig (13). Fellestrekket hos de ulike teoriene som er beskrevet i de inkluderte studiene, er at økt kunnskap fører til økt mestringstro som igjen bedrer egenomsorgsadferd, og dermed også kliniske utfall.

3.3 Effekten av undervisning før utskrivelse fra sykehus

To av studiene (18, 21) tilbød undervisning til pasienten før utskrivelse fra sykehus. Undervisningen i begge intervensjonene var evidensbasert og gikk ut på å lære pasientene om hjertesvikt og hvilke egenomsorgstiltak som er viktig å etterleve. Baptiste et al. (18) vektla symptomgjenkjenning i undervisningen, og var den studien som inkluderte færrest tiltak. Studien bestod av en times undervisning før utskrivelse sammen med en skriftlig egenomsorgs-guide, etterfulgt av en telefonoppfølging 30 dager senere. Studien resulterte i signifikant bedret vedlikehold og håndtering, men ingen endring i selvtillit eller reinnleggelse. Hoover et al. (21) inkluderte også undervisning før utskrivelse, men inneholdt også flere hjemmebesøk og telefonoppfølginger. Undervisningen før utskrivelse ble utført av både sykepleier og farmasøyt og omhandlet egenomsorgstiltak relatert til hjertesvikt, medikamentenes virkning og bivirkning og hvordan medisinene skulle administreres etter hjemkomst. Denne studien varte også i 30 dager og resulterte i signifikant bedret vedlikehold,

håndtering og selvtillit hos både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Det var likevel signifikant færre reinnleggelser hos intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen (Tabell 2).

3.4 Effekten av skriftlig undervisningsmateriale

Fire av studiene (18-20, 23) brukte skriftlig undervisningsmateriale som omfattet informasjon om hjertesvikt og hvilke egenomsorgstiltak det er viktig å etterleve. To av dem (19, 20) kombinerte skriftlig informasjon med en kalender hvor pasientene selv rapporterer vekt (19, 20), symptomer og om de har tatt medisin (19). Tre av studiene (18, 19, 23) inkluderte i sitt undervisningsmateriale retningslinjer for hvilke kliniske symptomer som krever kontakt med helsepersonell. Dette ble skrevet ned i en brosjyre (23), i en egenomsorgs-guide med grønn, gul og rød metode (18), og i en egenrapporteringskalender kombinert med hvem de skulle kontakte (19). Baptiste et al. (18) inkluderte ikke videre oppfølging i hjemmet etter utskrivelse, og resulterte i signifikant bedret vedlikehold og håndtering, men ingen endring i selvtillit eller reinnleggelser. Hoban et al. (20) og Rodriguez-Gazquez et al. (23) viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene relatert til reinnleggelser, men resulterte i signifikant økning av daglig veiing (20), og signifikant bedret egenomsorg (23) hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Bryant & Gaspar (19) resulterte i signifikant bedret vedlikehold, selvtillit og håndtering samt færre reinnleggelser sammenlignet med månedene før studien, men hadde ikke kontrollgruppe og oppga ikke p-verdi på reinnleggelser. Resultatene tydet derfor på at å inkludere skriftlig informasjon som en del av en undervisningsintervensjon kan ha effekt på bedret egenomsorg og i noen grad reinnleggelser (Tabell 2).

3.5 Effekten av hjemmebesøk og telefonoppfølging som en arena for undervisning

Fem studier inkluderte henholdsvis fem (19), tre (20, 22) og to (21, 23) hjemmebesøk. Besøkene ble brukt til å undervise pasientene, evaluere egenomsorgstiltak, utføre fysisk undersøkelse og svare på spørsmål. Fire av dem (19, 21-23) benyttet undervisning som bestod av informasjon om hjertesviktsymptomer, egenomsorgstiltak og hvilke helsepersonell som skulle kontaktes ved forverring, mens Hoban et al. (20) oppga kun undervisning knyttet til bruk av telemonitoreringsutstyr. Tre av studiene (19, 22, 23) begrunnet bruk av hjemmebesøk ved å vise til tidligere intervensjonsstudier som har hatt god effekt på etterlevelse av

egenomsorgstiltak. Hoban et al. (20) påpekte også viktigheten av å styrke hjemmebasert oppfølging av eldre hjertesviktpasienter grunnet stor belastning på sykehusene. Hoover et al. (21) brukte en undervisningsplan hvor pasienten ble fulgt opp i overgangen mellom sykehus og hjem ved hjelp av en sykepleieveileder. Hjemmebesøket ble brukt for å repetere undervisningen pasienten fikk på sykehuset, og for å observere om pasienten faktisk klarte å håndtere sykdommen etter hjemkomst. Resultatene i de inkluderte studiene viste at hyppighet av kontakt og innhold er av betydning. Studiene som oppga hyppigst hjemmebesøk inkluderte tre hjemmebesøk på 45 dager (22) og to hjemmebesøk på 30 dager (21). Disse studiene viste til signifikant færre reinnleggelser hos deltakerne enn hos kontrollgruppen (21), og signifikant bedret egenomsorg (22). Hoover et al. (21) inkluderte i tillegg tre telefonoppfølginger, som vil si at deltakerne og de som utførte intervensjonene holdt kontakten fem ganger på en måned. Studiene med lengst varighet varte i seks (19) og ni (23) måneder og inkluderte henholdsvis fem og to hjemmebesøk. Rodriguez-Gazquez et al. (23) inneholdt i tillegg seks telefonoppfølginger som vil si at disse to studiene holdt kontakten med pasienten omtrent en gang i måneden, og begge studiene kunne vise til signifikant bedring av egenomsorg (Tabell 2).

3.6 Betydningen av å kombinere flere tiltak

De inkluderte studiene benyttet undervisning før utskrivelse (18, 21), hjemmebesøk (19-23), skriftlig informasjon (18-20, 23) og telefonoppfølging (18, 21, 23). Da de inkluderte studiene hadde ulike endepunkter, og bare tre av dem hadde kontrollgruppe, er det vanskelig å trekke klare konklusjoner. Det kan likevel tyde på at studiene som var sammensatt av flere tiltak, førte til bedre resultater enn de som var mindre sammensatt. Hjemmebesøk som arena for undervisning og hyppig kontakt med pasienten, synes å være av spesiell betydning. Bare Hoover et al. (21) kunne vise til signifikant færre innleggelser hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, mens alle de inkluderte studiene kunne i varierende grad vise til bedret egenomsorg enten sammenlignet med kontrollgruppe eller med tiden før intervensjonen. Studiene uten kontrollgruppe som resulterte i best selvrapportert egenomsorg var Bryant & Gaspar (19) som kunne vise til signifikant bedring av alle elementene av SCHFI. Mantovani et al. (22) resulterte også i signifikant bedret etterlevelse av egenomsorgstiltak. Av studiene med kontrollgruppe var det bare Rodriguez-Gazquez et al. (23) som kunne vise til signifikant bedring av egenomsorg sammenlignet med kontrollgruppen (Tabell 2).

4 Diskusjon

Det kom tydelig frem av resultatene at ingen tiltak står godt alene, men en kombinasjon av tiltak ser ut til å kunne styrke egenomsorg og redusere reinnleggelser hos hjemmeboende eldre med hjertesvikt. Ifølge Riegel & Dickson (13) defineres egenomsorg som en naturalistisk beslutningstakingsprosess fordi pasienter med hjertesvikt må ta beslutninger knyttet til egenomsorg daglig. Beslutningene består i alt fra å ta medisiner, til å observere symptomer og ta kontakt med helsevesenet ved forverring. Ifølge Helse- og Omsorgsdepartementets stortingsmelding (St.meld.10) om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren (26), skal pasienter få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem selv. Flere faktorer påvirker hvilke beslutninger man tar, og ifølge Riegel & Dickson kan intervensjoner som tar hensyn til disse faktorene, bedre egenomsorg hos pasienter med hjertesvikt (13). Populasjonen i de inkluderte studiene oppga noen situasjonsbaserte faktorer som kan ha påvirket resultatene. Både utdanningsnivå og funksjonsnivå hos deltakerne varierte, noe tidligere studier har vist kan påvirke grad av egenomsorgsadferd (13). Ifølge Riegel & Dickson (13) påvirker slike situasjonsbaserte faktorer pasientens *kunnskap, erfaring, ferdigheter og egne verdier* som igjen vil påvirke pasientens evne til egenomsorg.

4.1 Effekten av undervisning før utskrivelse fra sykehus

Fellestrekket i de inkluderte studiene var ulike former for undervisning som foregikk både skriftlig og muntlig, før utskrivelse fra sykehus og i pasientens hjem. Dette samsvarer med tidligere studier som har vist at undervisning er en viktig del av å bedre egenomsorg og for å forebygge unødvendige innleggelser i sykehus (13, 27). Undervisning er viktig for å overføre kunnskap til pasienten som dermed gir dem bedre forutsetninger i en naturalistisk beslutningstakingsprosess. Kunnskap refererer til den informasjonen pasienten klarer å huske og tidligere lærdom (13). I studien til Baptiste et al. (18) ble det kun gitt undervisning før utskrivelse, og selvrapportert egenomsorg ble innhentet over telefon 30 dager senere. Denne studien med før-etter design kunne vise til bedret vedlikehold og håndtering, men ingen endringer i reinnleggelser eller relatert til selvtilit. Sistnevnte utfall defineres som en disponerende faktor for mestringsfølelse, altså troen til å kunne utøve egenomsorg (11). Det er kjent at mestringsfølelse påvirker egenomsorgsadferd (13), og det er derfor mulig at

deltakerne i studien ikke hadde færre reinnleggelser fordi mye av undervisningen ble glemt eller ikke forstått. Fordi pasientene ikke fikk repetisjon av undervisningen, kan de ha blitt usikre på om de har gjort alt riktig, som igjen kan ha ført til redusert mestringsfølelse. Ifølge St.meld.10 (26) må pasienter ha kunnskap om årsaker til sykdom og faktorer som påvirker helse for å håndtere egen sykdom. De må også kunne behandle enkle tilstander selv, og det er viktig å vite når de skal be om profesjonell hjelp. Eldre og skrøpelige pasienter har ofte større utfordringer med å tilegne seg kunnskap fordi sansesvikt, nedsatt oppmerksomhet, kognitiv svikt og smerter kan gjøre det vanskelig for pasienten å forstå eller huske informasjonen som blir gitt (4). Før utskrivelse fra sykehus er gjerne pasienten også ekstra sårbar. I likhet med alle de inkluderte studiene, målte Baptiste et al. (18) egenomsorg ved å bruke et selvrappoteringsverktøy. Selv om verktøyet er validert, kan det likevel være en svakhet å bruke dette hos eldre skrøpelige pasienter. Pasientene kan ha problemer med å forstå spørsmålene eller ikke hatt nok krefter til å utføre tiltakene det spørres etter (4). Ved å måle selvrappotert egenomsorg over telefon kan det også ha ført til ugunstige forhold for utveksling av personlige opplysninger. Ideelt sett bør selvrappotert kartlegging utføres i et rom uten forstyrrelser og grunnleggende behov bør være ivaretatt i forkant (4). Hoover et al. (21) brukte en mer kompleks intervensjon, som i tillegg til undervisning før utskrivelse fra sykehus, bestod av to hjemmebesøk og tre telefonoppfølginger fra en sykepleier med veiledningskompetanse. Selv om denne studien ikke viste noen forskjell mellom gruppene i selvrappotert egenomsorg, resulterte den i signifikant færre reinnleggelser hos intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen som kan indikere bedret egenomsorg likevel. Å tilegne pasienten kunnskap ved bruk av undervisning er altså viktig, men bare en av mange faktorer for å bedre egenomsorgsadfærd. Tidligere intervensjonsstudier har også rapportert avvik mellom oppnådd kunnskap og egenomsorg, noe som understøtter at flere elementer må være til stede (13).

4.2 Effekten av hjemmebesøk og telefonoppfølging

Fem studier (19-23) inkluderte hjemmebesøk, og studiene som oppga hyppigst oppfølging av pasientene, viste til best resultater. Dette samsvarer med tidligere studier som har vist at hjemmebesøk kan bedre egenomsorg hos eldre pasienter med hjertesvikt (28), og hyppig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus kan forebygge reinnleggelser (29). Ved å inkludere flere enn ett hjemmebesøk kunne pasientene erfare effekten av beslutninger knyttet til egenomsorgstiltak mellom besøkene, som ble evaluert på neste hjemmebesøk. Innholdet i

oppfølgingen er også viktig for å oppnå gode resultater (29). Dette kan forklare hvorfor Hoban et al. (20) ikke viste til like gode resultater som de andre studiene, selv om de oppga hyppig oppfølging av pasientene. Denne studien (20) inneholdt undervisning om telemonitoreringsutstyr, og ikke evidensbasert undervisning om hjertesviktbehandling slik de andre studiene gjorde. Ifølge European Society of Cardiology (ESC) (29) må oppfølging av hjertesviktpasienter inneholde oppdatert kunnskap og retningslinjer for å kunne bedre evne til egenomsorg og forebygge reinnleggelser. Undervisningen må også tilpasses pasienten, og det må tas hensyn til at hjertesviktpasienter ofte er multisyke og gjennomsnittsalderen er 76 år. Symptomer på ulike sykdommer, og eventuelle bivirkninger av medisiner, kan føre til vanskeligheter med å gjenkjenne hjertesviktsymptomer. I tillegg får de gjerne oppfølging av forskjellige leger på sykehuset som kan føre til usikkerhet over hvordan behandlingen bør følges opp (27, 29). Ifølge ESC (29) er dette en av grunnene til at intervensjoner for å bedre egenomsorg bør rettes mot flere deler av helsesektoren. Selv om det finnes hjertesviktpoliklinikker i spesialisthelsetjenesten, er det også viktig at eldre pasienter følges opp i eget hjem. Faktorer som kan føre til nedsatt etterlevelse av egenomsorgstiltak, som for eksempel mangel på kunnskap om egen helse eller psykisk sykdom, er de samme faktorene som kan gjøre det vanskelig for pasienter å følge opp timer på poliklinikk (10). Alvorlig grad av hjertesvikt kan også føre til at pasienten ikke orker å komme seg ut av boligen sin, og noen bor gjerne også uhensiktsmessig med mange trapper eller langt unna sykehus. Hjemmebesøk kan brukes til å kartlegge slike faktorer og vil derfor være hensiktsmessig for å bedre etterlevelse av egenomsorgstiltak. Det er også viktig å bemerke at ikke alle pasienter bør oppfordres til økt egenomsorg. Mange pasienter med hjertesvikt har en kognitiv svikt som åpenbart kan gjøre det utfordrende for pasienten å etterleve egenomsorgstiltak. Det finnes også andre årsaker til at pasienten ikke vil være i stand til å håndtere egen sykdom som det ikke er like lett å oppdage umiddelbart (11). Hjemmebesøk og hyppig oppfølging kan derfor brukes for regelmessig vurdering av pasientenes egenomsorgsevne.

Fire av studiene inneholdt også telefonoppfølging (18, 21, 23). Telefonoppfølging kan ha blitt benyttet fordi det gir muligheten til å følge opp pasienten hyppigere uten at det fører til store kostnader, og det tar kortere tid. Likevel viser resultatene fra disse studiene til at telefonoppfølging bør kombineres med hjemmebesøk for å observere om pasientene klarer å følge opp egenomsorgstiltakene. Hoover et al. (21) oppga å ha kontakt med pasienten fem ganger i løpet av 30 dager, hvorav tre av gangene var over telefon. Dette var den eneste studien som kunne vise til signifikant færre reinnleggelser enn kontrollgruppen. En del av

telefonoppfølgingen gikk ut på å passe på at pasientene faktisk bestilte time hos fastlege innen ti dager etter utskrivelse. Dette er i tråd med ESC (29) sine råd om oppfølging av hjertesviktpasienter som sier at i primærhelsetjenesten bør det sørges for at pasienter med hjertesvikt følges opp av fastlege. ESC anbefaler også involvering av avanserte kliniske sykepleiere (AKS) fordi tidligere studier har vist at det er effektivt for å redusere reinnleggelser hos denne pasientgruppen (29). Bryant & Gaspar (19) benyttet AKS i sin studie, og resulterte i færre innleggelser og signifikant bedret egenomsorg sammenlignet med før studien. Involvering av AKS kan ifølge ESC benyttes i flere settinger knyttet til oppfølging av hjertesviktpasienter. Flere av settingene ESC foreslår samsvarer med funnene i denne litteraturgjennomgangen som for eksempel hjemmebesøk, telefonkontakt, telemonitorering eller en kombinasjon av dette (29).

4.3 Effekten av skriftlig undervisningsmateriale

Tidligere studier anbefaler at undervisning til hjertesviktpasienter bør repeteres og inkludere flere former for undervisningsmetoder (27). Studiene som inkluderte skriftlig undervisningsmateriale brukte dette som et arbeidsverktøy i tillegg til muntlig undervisning. De to studiene (19, 20) som i tillegg inkluderte at pasienten skulle være en aktiv deltaker i det skriftlige undervisningsmateriale, viste gode resultater knyttet til dette ved å skrive ned daglig vekt og symptomer. Dette samsvarer med St.meld.10 som råder helsetjenesten til å satse på opplæring tilpasset diagnose, hvor pasientene selv tar en mer aktiv rolle for å unngå at pasientene bare blir en passiv mottaker av informasjon (26). Intervensjonsgruppen i Hoban et al. (20) skrev ned daglig vekt, og studien resulterte i signifikant bedring av daglig vekt hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen som også mottok skriftlig informasjon. Bryant & Gaspar (19) kunne også vise til færre innleggelser og signifikant bedret vedlikehold, håndtering og selvtillit, der pasientene fikk en kalender hvor vekt og symptomer skulle fylles inn daglig. Mestringsfølelse blir påvirket av eksperimentell læring, altså læring ved å gjøre det selv (13), og er viktig for at eldre skal kunne klare seg selv og bo hjemme lengst mulig (26). Ved å bruke seg selv som eksempel og skrive ned egen vekt og egne symptomer, kan det bidra til å bedre mestringsfølelsen og dermed også egenomsorgsevnen. Mestringsfølelsen reflekterer pasientens erfaring og ferdigheter i beslutningstakingsprosessen (13), og støtte til mestring og egenomsorg er derfor grunnleggende for å kunne klare seg selv og bo hjemme lengst mulig (26).

Det finnes også etiske aspekter ved egenomsorg som må tas hensyn til. Hvis pasienten har gode forutsetninger for egenomsorgsevne, fører det til høy grad av autonomi og selvstendighet. På en annen side kan krav til egenomsorg føre til skyldfølelse for de som mangler motivasjon eller ferdigheter til å etterleve egenomsorgstiltak (11). For å lykkes med å etterleve egenomsorgstiltak, må de oppleves som viktig for pasienten (13). For noen kan det for eksempel være viktigere å spise «normal» mat med familien, enn å følge en diett med mindre salt. I slike tilfeller kan det være nødvendig å måtte forhandle med pasienten om hvilke egenomsorgstiltak som er viktigst, og behandler bør unngå å gi råd til pasienten med lav evidens (11). Pasientens verdier kan også være situasjonsbestemt slik at en pasient kan oppleve det som viktig å følge anbefalt behandling i hverdagen, men ikke i spesielle situasjoner som for eksempel i julen. Dette kan forklare hvorfor en del pasienter ikke alltid er konsekvente når det kommer til oppfølging av egenomsorgstiltak (13).

4.4 Metodologiske betraktninger

En svakhet ved denne litteraturstudien er at den bare inkluderer seks artikler. Tre av dem hadde ikke kontrollgruppe, og selv studiene med kontrollgruppe inneholdt metodiske svakheter slik at alle studiene ble vurdert med middels kvalitet. Litteraturstudien er også skrevet alene uten noen til å dobbeltsjekke de inkluderte studienes reliabilitet og validitet. Selv om litteratursøket ble utført sammen med spesialbibliotekar, kan mangel på tid, erfaring og ressurser ha påvirket seleksjonsprosess og kritisk vurdering av artiklene. Litteraturstudien er ikke utført like grundig som en systematic review, og det teoretiske rammeverket er heller ikke utfordret. Gjennom å ha utført denne litteraturstudien, har jeg likevel lært mye om hvordan jeg kan gå frem for å finne kunnskapsgrunnlag om ulike kliniske problemstillinger i fremtiden. Resultatene har også gitt meg ny kunnskap, som er nyttig og relevant i min jobb som sykepleier.

5 Konklusjon

Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen viser at intervensjoner for å bedre etterlevelse av egenomsorgstiltak hos eldre hjemmeboende med hjertesvikt, ofte er sammensatt av flere tiltak. Alle de inkluderte studiene inneholdt ulike former for undervisning. Undervisningen foregikk muntlig og skriftlig, før utskrivelse fra sykehus, i pasientens hjem og over telefon. Resultatene viser at en kombinasjon av flere av disse tiltakene, samt hyppig oppfølging av pasienter, er av spesiell betydning for at eldre med hjertesvikt skal kunne håndtere egen sykdom. I litteraturgjennomgangen ble det ikke funnet forskningsartikler fra Norge eller andre europeiske land. Man kan derfor ikke trekke konkrete slutninger om resultatene er overførbare til norske forhold. Funn fra internasjonale studier gir imidlertid grunn til at det bør forskes videre på hvordan egenomsorg kan bedres hos eldre hjemmeboende med hjertesvikt i Norge.

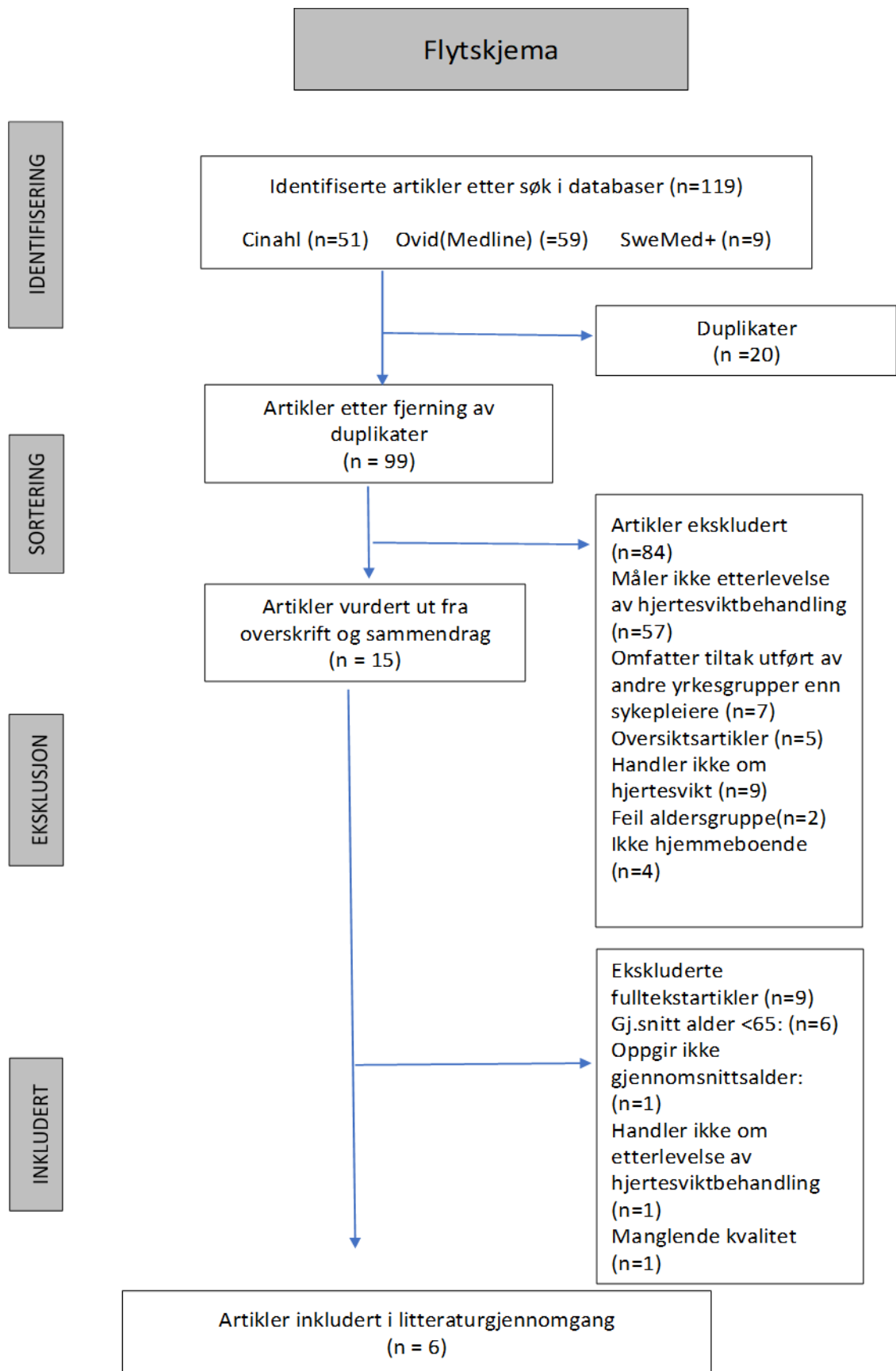
6 Referanser

1. Istad H, Elling I, Midthun N. Hjertesvikt. [Internett]. Jessheim: Landforeningen for hjerte- og lungesyke; 05.03.2014 [Oppdatert 12.03.2019. Hentet 15.10.2019] Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjertesvikt/>
2. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
3. van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it?. *Eur. J. Heart Fail.* 2005;7(1):5-17. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.04.007>
4. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A. Geriatrik sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
5. Riegel B, Moser D, Anker S, Appel L, Dunbar S, Grady K, et al. Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure. *Circulation.* 2009;120(12):1163-1141. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628>
6. van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int. j. Cardiol.* 2008;125(2):203-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2007.10.011>
7. Helsedirektoratet. Hjertesvikt - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse. [Internett]. Helsedirektoratet; 07.03.2019 [Oppdatert: 17.09.2020. Hentet 25.09.2020] Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-hjertesvikt>.
8. Riegel B, Knafelz GJ. Electronically monitored medication adherence predicts hospitalization in heart failure patients. *Patient Prefer. Adherence.* 2014;8:13-1. <https://doi.org/10.2147/PPA.S54520>
9. Jaarsma T, Strömberg A, Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen H-D, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient educ. Couns.* 2013;92(1):114-20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.017>
10. Opdahl T, Sveinsdottir V, Holm MS. Hjerterpasienter tar ikke medisiner riktig. *Tidsskriftet Sykepleien.* 2015;10:46-9. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55296>
11. Strömberg A, Jaarsma T, Riegel B. Self-care: who cares? *Eur. J. Cardiol.* 2012;11(2):134-133. <https://doi.org/10.1177/1474515111429660>
12. Barnason S, Zimmerman L, Young L. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *J. Clin. Nurs.* 2012;21(3-4):448-75. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03907.x>
13. Riegel B, Dickson V, Faulkner K, M. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *J Cardiovasc. Nurs.* 2016;31(3):226-35. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9.utg. Philadelphia: Wolters Kluwer health; 2012.
15. Aveyard H. Doing a literature review in health and social care: A practical guide. United kingdom: McGraw-Hill Education; 2014.
16. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinar L. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleieforbund; 2007.

17. Helsebiblioteket. PICO. [Internett] Helsebiblioteket.no; 03.06.2016. [Hentet 15.11.19]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
18. Baptiste DL, Davidson P, Groff Paris L, Becker K, Magloire T, Taylor LA. Feasibility study of a nurse-led heart failure education program. *Contemp Nurse*. 2016;52(4):499-510. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1229577>
19. Bryant R, Gaspar P. Implementation of a self-care of heart failure program among home-based clients. *Geriatr. Nurs*. 2014;35(3):188-93. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.01.003>
20. Hoban MB, Fedor M, Reeder S, Chernick M. The Effect of Telemonitoring at Home. *Home Healthc. Nurse*. 2013;31(7):368-77. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e31829>
21. Hoover C, Plamann J, Beckel J. Outcomes of an Interdisciplinary Transitional Care Quality Improvement Project on Self-Management and Health Care Use in Patients With Heart Failure. *J. Gerontol. Nurs*. 2017;43(1):23-31. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160901-01>
22. Mantovani VM, Brasil Ruschel K, de Souza EN, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Ac Pa Enfermagem*. 2015;28(1):41-7. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500008>
23. Rodriguez-Gazquez Mde L, Arredondo-Holguin E, Herrera-Cortes R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(2):296-306. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200012>
24. National Heart L, and Blood Institute. Study quality assessment tools. [Internett]. [Hentet 10.01.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
25. Gullestad L. Hjertesvikt. Hva er nytt? [Internett] *Indremedisineren.no*; 26.10.2015. [Hentet 28.09.2020]. Tilgjengelig fra: <https://indremedisineren.no/2015/10/hjertesvikt-hva-er-nytt/>
26. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet-trygge tjenester-Kvalitet og pasientsikkerhet i helse-og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2012.
27. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur. J. Heart Fail*. 2005;7(3):363-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2005.01.002>
28. Motta Mussi C, Ruschel K, Nogueira de Souza E, Nogueira Mello Lopes A, Maria Trojahn M, Camargo Paraboni C, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;20-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700004>
29. McDonagh T, Blue L, Clark A, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association standards for delivering heart failure care. *Eur. J. Heart Fail*. 2011;13(3):235-41. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq221>

7 Vedlegg

7.1 *Figur 1: Flytskjema over seleksjonsprosess og artikkelutvelgelse*



7.2 Tabell 1: Matrise – Funn fra litteraturgjennomgangen

Forfatter (Årstell), Land	Hensikt	Design/Metode	Utvalg Antall/Alder	Intervensjonens innhold og lengde	Hvordan ble egenomsorg målt?	Resultater	Teoretisk rammeverk
Babtiste et al. (2016), USA	Å undersøke gjennomførbarheten til et sykepleieleddet undervisningsprogram ved å bruke selvrporterings skjemaet «self-care heart failure index (SCHFI).	Longitudinell kvasi-eksperimentelt design/ Forundersøkelse med pre- og post-test uten kontrollgruppe.	N=41 Gjennomsnittsalder 70,5 år	Sykepleierledet kunnskapsbasert undervisningsprogram som ble utført en til en med hjertesviktspasient 1-2 dager før utskrivelse fra sykehus. Undervisningen varte ca. 1 time. SCHFI ble brukt til å måle grad av egenomsorg før intervensjonen og 30 dager etter utskrivelse via telefon.	Reinnleggelser Egenomsorg ved bruk av Self Care of Heart Failure Index (SCHFI)	Ingen signifikant endring i antall reinnleggelser. Signifikant bedring av selvrportert egenomsorg knyttet til vedlikehold og håndtering av hjertesviktbehandling. Selvtillit knyttet til egenomsorg var lavt før intervensjonen, og var heller ikke bedret ved post-test.	Bandura`s self-efficacy framework
Bryant & Gaspar (2014), USA	Å undersøke hvordan egenomsorgsprogrammet Heart Failure Self-Care to Success påvirker sykehusinnleggelser og pasientens	Enkeltgruppe med pre- og post intervensjons design der deltagerne er sin egen kontrollgruppe.	N=18 Alder <65 år	Implementering av undervisningsprogram utført av nursepractitioners (AKS), inkludert en 12-måneders kalender som skal oppmuntre pasienter til å følge opp tiltak samt hvem de skal kontakte ved forverring. Intervensjonen besto av fem hjemmebesøk i løpet av seks måneder.	Innleggelser Egenomsorg ved bruk av SCHFI	Ingen innleggelser i intervensjonsperioden mot 5 innleggelser de seks foregående månedene. Signifikant bedret	Situation-specific theory of Heart Failure self-care

	oppfattelse av egenomsorg.					vedlikehold, håndtering og selvtilitt.	
Hoban et al. (2013), USA	Å fastslå om telemonitorering utgjør en forskjell på reinnleggelser, pasienters opplevelse av livskvalitet og adferd knyttet til egenomsorg hos hjertesviktpasienter i forhold til hjertesviktpasienter som ikke blir telemonitort.	Randomisert prospektivt design.	N=40 Gjennomsnittsalder 76,1 år	Implementering og opplæring av telemonitoreringsutstyr, i pasientens hjem. Dataene fra telemonitoreringen ble vurdert daglig av sykepleier som kontaktet pasient, primærsykepleier eller lege ved behov. Tre hjemmebesøk ble utført i løpet av 90 dager for å samle inn egenomsorgsdata og repetere opplæring av utstyr. Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen fikk muntlig og skriftlig opplæring i medikamentell og ikke-medikamentell behandling av hjertesvikt.	Antall reinnleggelser ble undersøkt ved oppstart og etter 30, 60 og 90 dager Egenomsorg ved bruk av SCHFI ved oppstart og etter 30, 60 og 90 dager	Færre reinnleggelser enn kontrollgruppen, men ikke statistisk signifikant. Intervensjonsgruppen viste signifikant bedring av daglig vekt i forhold til kontrollgruppen. Ingen signifikant forskjell mellom gruppene i fysisk aktivitet.	Ingen
Hoover et al. (2016), USA	Sammenligne self-management (Selv-ledelse), reinnleggelser og kostnader hos hjertesviktpasienter som mottok sykehusutskrivningsplanen "The comprehensive Coleman Care Transitions Intervention" (CTI) mot kontrollgruppe som mottok	Komparativt deskriptivt design.	N=30 Gjennomsnittsalder 75,3 år	Implementering av CTI som innebar undervisning av farmasøyt og hjertesviktsykepleier før utskrivelse fra sykehus samt besøk av sykepleieveileder (transitional coach) som fulgte opp pasienten etter hjemkomst. Veilederen utførte to hjemmebesøk og tre telefonoppfølginger i løpet av 30 dager. Oppfølging besto av hjertesviktundervisning, bevisstgjøring relatert til medikamentetterlevelse og symptomgjenkjenning. I tillegg sørget veilederen for at	Reinnleggelser Egenomsorg ved bruk av SCHFI	Signifikant færre reinnleggelser hos intervensjonsgruppen. Signifikant bedring hos både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen knyttet til vedlikehold, håndtering og selvtilitt.	Situation-specific theory of Heart Failure self-care

	rutinemessig plan.			pasienten bestilte seg time hos fastlege innen ti dager etter utskrivelse.			
Mantovani et al. (2014), Brasil	Å undersøke etterlevelse av behandling hos hjertesviktpasienter som mottar hjemmebesøk etter utskrivelse fra sykehus ledet av sykepleier.	Før-etter eksperimentell studie	N=32 Gjennomsnittsalder 65 år	Tre hjemmebesøk ble utført etter utskrivelse fra sykehus over en periode på 45 dager. Hjemmebesøkene besto av fysisk undersøkelse og undervisning. Informasjon om hjertesvikt og medikamentell/ikke-medikamentell behandling ble vektlagt. Fysisk undersøkelse og undervisning ble utført på hvert besøk.	Etterlevelse av egenomsorgstilak ble målt ved bruk av et selvrapporerings skjema som er validert i Brasil	Signifikant bedret medikamentetterlevelse og etterlevelse knyttet til saltrestriksjon og oppfølging av legetimer. Daglig veiling og drikkerestriksjon er ga størst endring i skår.	Ingen
Rodriguez-Gázquez et al. (2012), Colombia	Undersøke effekten av et undervisningsprogram ledet av sykepleiere som skal bedre egenomsorgsevne hos pasienter med hjertesvikt.	Ikke-blindet randomisert kontrollstudie	N=29 Gjennomsnittsalder 65,4 år	Undervisningsprogram som inneholdt følgende tema: Kunnskap om sykdom, etterlevelse av medikamenter og ikke-medikamentelle tiltak, når skal du spørre om hjelp, hverdagsmestring og empowerment/motivasjon. Intervensjonen inneholdt to hjemmebesøk, seks telefonoppfølginger og varte over 9 måneder.	Reinnleggelser Egenomsorg ble målt ved bruk av selvrapporerings skjemaet Artinian's heart failure self-care behaviours scale	9 av 10 deltakere ble innlagt mens studien pågikk, mot 8 av 10 deltakere i kontrollgruppen. 66% av intervensjonsgruppen bedret egenomsorg mot 26.6% i kontrollgruppen som er statistisk signifikant (p=0.006).	Dorothea Orem Self-care deficit theory

7.3 Tabell 2 – Syntese over studienes intervensjoner og resultater

	Baptiste et al. (18)	Bryant & Gaspar (19)	Hoban et al. (20)	Hoover et al (21)	Mantovani et al. (22)	Rodriguez-Gazquez et al. (23)
Antall hjemmebesøk	Ingen	Fem	Tre	To	Tre	To
Antall telefonoppfølgninger	En	Ingen	Ingen	Tre	Ingen	Seks
Telemonitorering	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Nei
Undervisning før utskrivning fra sykehus	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei
Skriftlig informasjon	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja
Varighet på intervensjon	30 dager	6 måneder	90 dager	30 dager	45 dager	9 måneder
Eksperiment og kontrollgruppe	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja
Resultater: (re)innleggelser	Ingen signifikant endring i antall reinnleggelser ($p = .768$).	Ingen innleggelser relatert til hjertesvikt i intervensjonsperioden mot 5 innleggelser de seks foregående månedene. Oppgir ikke p-verdi.	Færre reinnleggelser enn kontrollgruppen, men ikke statistisk signifikant. Oppgir ikke p-verdi.	Færre reinnleggelser hos intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen ($p < 0.01$).	Måler ikke innleggelser.	9 av 10 deltakere i intervensjonsgruppen og 8 av 10 i kontrollgruppen ble innlagt mens studien pågikk. Oppgir ikke P-verdi.
Resultater: Selvrapportert egenomsorg	Bedret selvrapportert vedlikehold ($p < .001$). Bedret selvrapportert håndtering ($p < .001$). Ingen endring i selvrapportert selvtillit.	Signifikant bedring av selvrapportert vedlikehold ($p < .001$). Bedret selvrapportert håndtering ($p < .01$). Bedret selvrapportert selvtillit ($p < .001$).	Intervensjonsgruppen veide seg hyppigere enn kontrollgruppen ($p = 0,0332$). Ingen signifikant forskjell mellom gruppene i fysisk aktivitet.	Signifikant bedring av selvrapportert vedlikehold, håndtering og selvtillit hos både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Ingen signifikant forskjell mellom gruppene.	Bedret selvrapportert etterlevelse. ($p=0.001$) relatert til medikamentetterlevelse, saltrestriksjon og oppfølging av legetimer. Daglig veiing og drikkerestriksjoner ga størst endring i skår.	66% av intervensjonsgruppen viste bedring av selvrapportert egenomsorg mot 26.6% i kontrollgruppen som er statistisk signifikant ($p=0.006$).

7.4 Forfatterveiledning til Nordisk Sygeplejeforskning

MANUSKRIFTSTANDARD til nordisk sygeplejeforskning

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5000 ord, ikke inkludert sammendrag, tabeller og figurer. Essay begrenses til 3000 ord.

Krav til manuskript

- *Tittelside* som beskriver type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon av tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass (lægges op særskilt på ScholarOne).
- *Sammendrag* (eller abstract) både på originalspråk og på engelsk skal ikke overstige mer enn 200 ord.
- *Fire til åtte nøkkelord* (keyword) i alfabetisk orden, som beskriver artikkelen (og ikke forekommer i tittelen), skal angis på begge språkene. Plasser tittel, sammendrag og nøkkelord øverst på manuskriptet, både på originalspråk og engelsk.
- *Tabeller og figurer* – max 4 i alt – leveres i eget dokument. I selve artikkelen må den angis hvor tabellene og figurene skal stå, med fortløpende siffer. Hver tabell og figur skal ha en egen tekst som gir presis informasjon om hva tabellen eller figuren viser og skal nummereres i den rekkefølge de nevnes i teksten. Vedlagte bilders kvalitet skal være god, minst 300 dpi. Det er forfatternes ansvar å innhente tillatelse til bruk av illustrasjoner.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbel linjeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende. Forfattere av empiriske artikler oppfordres til å følge en struktur i sine manuskripter som inkluderer introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultater/funn, diskusjon, kliniske implikasjoner, konklusjon og referanser.

REFERANSESYSTEM

NSF bruker Vancouver-stil (nummerert stil) som referanseverktøy. Referanser i teksten er nummerert fortløpende og en nummerert ordnet referanseliste angis

bakerst i manuskriptet. Listen skal ikke utgjøre mer enn 40 referanser. For veiledning til Vancouver-stilen, se [denne](#) siden. Benytt et referanseverktøy som EndNote eller lignende.

Referanser i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

- Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]
- Ved direkte sitat føres nummer og sidetall rett etter sitatet med komma og punktum, men før kolon og semikolon, for eksempel:
 - [...] en ny definisjon (3, s. 12-3) .
 - Vi foretrekker denne mulighet (3); idet [...]
 - Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5). Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, men ingen mellomrum for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10)
- Flere studier (2-4,9) viser

Referanseliste

Referanseliste skrives etter hovedteksten helt til slutt, i nummerert rekkefølge som de er nevnt i teksten. Hvis det er seks eller færre forfattere skal alle forfattere nevnes. Ved flere enn seks forfattere nevnes de første seks og deretter skrives «et al.». Dette ved alle typer av referanser. Husk tittel på tidsskrift er forkortet i Vancouver style (eksempel: Scand J Caring Sci)

Eksempel på referanse til artikler:

- Giske T, Gjengedal E, Artinian B. The silent demand in the diagnostic phase. Scand J Caring Sci. 2009;23(1):100-6. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00595.x>.

Eksempel på referanse til bøker:

- Gilje N, Grimen H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Oslo: Universitetsforlaget; 1993.

Eksempel på referanse til websider:

Muskelsvindfonden [Internet]. Aarhus: Muskelsvindfonden, plads til forskelle [sitert 2015 januar 5]. Tilgjengelig på: <http://muskelsvindfonden.dk/>

DOI-REFERANSER

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/>

VITENSKAPELIGE ARTIKLER OG FAGFELLEVRURDERING

Vitenskapelige artikler vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet vil det bli vurdert av to fagfeller. Nordisk sygeplejeforskning praktiserer double blind peer review, dvs. at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

ETIKK

Bidraget skal karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>). Vi henviser spesielt til Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeförening (<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>) og Vancouverreglene, utarbeidet av International Committee for Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>). For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.

Forfattere som ønsker å publisere i Nordisk Sygeplejeforskning må garantere

- At manuskriptet eller deler av manuskriptet ikke er publisert andre steder. At manuskriptet ikke er under vurdering i et annet tidsskrift eller er sitert/publisert i et annet tidsskrift.
- At de har delt all informasjon om finansiering, sponsorer, institusjonelle tilknytninger, mulige interessekonflikter, insentiver for deltagere og informasjon vedrørende tiltak for å behandle og/eller kompensere deltagere som blir skadet som følge av sin deltagelse i forskningsstudien.

- At man har innhentet frivillig, informert samtykke fra mennesker som nevnes i manuskriptet.
- At forsøksdyrs velferd har blitt respektert.
- At krav med hensyn til opphavsrett er fulgt.
- At nødvendige tillatelser for publisering er innhentet. At referanser er oppgitt – også for sekundære publikasjoner.

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til Committee of Publication Ethics (COPE).