



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ATT VÅRDA PATIENTER MED KRONISK HJÄRTSVIKT OCH SAMTIDIG DEPRESSION.

En systematisk litteraturstudie.

Merit Chidison

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatriskvård. Examensarbete i omvårdnad OM5380
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2020

Merit Chidison

Handledare: Sara Wallström
Examinator: Nils Sjöström

Titel svensk: ATT VÅRDA PATIENTER MED KRONISK HJÄRTSVIKT
OCH SAMTIDIG DEPRESSION.

Titel engelsk: NURSING CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART
FAILURE AND CONCURRENT DEPRESSION.

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
psykiatriskvård.
Examensarbete i omvårdnad OM5380

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: HT/2020

Handledare: Sara Wallström

Examinator: Nils Sjöström.

Nyckelord: Hjärtsvikt, depression, Vård vid depression i samband med
kronisk hjärtsvikt, sjuksköterskans roll, Patientens upplevelse,
omvårdnadsteori.

Sammanfattning

Bakgrund: Kronisk hjärtsvikt kan förvärras av depression om inte åtgärder sätts in omgående. Sjuksköterskan på en somatisk vård möter olika patienter som har med sig andra underliggande sjukdomar. Detta ställer krav på sjuksköterskans skicklighet och kunskap. De flesta sjuksköterskor som arbetar patientnära på en somatisk vård har inte någon djupgående formell kunskap om depression och vad som ska ses upp med. Dessutom är det mest äldre personer som drabbas av hjärtsvikt och symtomen på depression kan förväxlas med ålderdom och trötthet på grund av hjärtsvikten.

Syfte: Syftet är att, genom en systematisk litteraturstudie, undersöka vilka omvårdnadsinsatser som är effektiva för patienter med kronisk hjärtsvikt och samtidig depression som vårdas inom somatisk vård, samt vad som kan förhindra att genomföra insatserna.

Metod: Studien genomförs som en systematisk litteraturstudie genom sökning i PubMed och CINAHL. Totalt hittas sju artiklar som efter kvalitetsgranskning anses ha hög validitet för studien. Valda artiklar analyseras och sammanställs med hjälp av innehållsanalys.

Resultat: Studien har identifierat fyra kategorier inklusive förhinder för sjuksköterskan som jobbar på en somatisk vård att kunna vårda patienter med kronisk hjärtsvikt och samtidig depression. Dessa innefattar *Psykosocialt stöd, Personcentrerad vård, Information och undervisning, samt Gynnsam arbetsmiljö*.

Slutsats: Samtliga artiklar i denna studie anser att "*patientens självbestämmande*" ligger centralt för vård av patienter med kronisk hjärtsvikt och samtidigt depression. Detta betyder att sjuksköterskan som arbetar på en somatisk vård bör kunna utföra omvårdnad som är inriktad mot att stärka patientens egen förmåga, vilket i sin tur ska möjliggöra behandlingsföljsamhet även utanför sjukhuset. Sjuksköterskan bör vara erfaren och kunnig inom vårdområdet för att kunna göra detta på bästa sätt.

Nyckelord: Hjärtsvikt, depression, Vård vid depression och samtidig kronisk hjärtsvikt, sjuksköterskans roll, Patientens upplevelse, omvårdnadsteori.

Abstract (English)

Background: Depression can worsen the heart failure condition if action is not taken immediately. The nurse in a somatic care unit meets with different patients who have different other underlying illnesses. This can place demands on the nurse's skill and knowledge. Most nurses who work in inpatient care in a somatic care unit have no formal knowledge of depression and what to look out for. In addition, it is mostly the elderly people who suffer from chronic heart failure and the symptoms of depression can be confused with that of chronic heart failure coupled with fatigue from old age.

Aim: The purpose for this study is to investigate through a systematic literature study which nursing interventions are effective for patients with chronic heart failure who are also suffering from depression and are being cared for in a somatic care unit, and the hinderances to these nursing interventions.

Method: The study is conducted as a systematic literature study by searching for relevant articles in PubMed and CINAHL. A total of seven articles were considered to have high validity for the study after the quality review. Selected articles are analysed and compiled using content analysis.

Result: The study identified four main categories including hindrances to the nurse working in the somatic care unit to be able to provide a structured nursing care for patients with chronic heart failure alongside with depression. These includes *Psychosocial support, Person-centred care, Information and teaching, and a favourable work environment.*

Conclusion: The articles used for this study are of the same opinion that "patient's self-determination" is central to the care of patients with chronic heart failure alongside with depression. This means that the nurse working in a somatic care unit should be able to carry out the nursing care that is focused on strengthening the patient's self-efficacy, which in turn should enhance treatment compliance even outside the hospital. The study also suggests that the nurse should be experienced and knowledgeable in the field of care.

Keyword: Heart failure, depression, Care of patients with depression and at the same time heart failure, Nurses intervention, Patients experience, Nursing theory.

Förord

Jag vill rikta ett stort tack till alla som har gett mig stöd och uppmuntran att fortsätta med och avsluta denna studie; min familj, mina arbetskollegor, bibliotekarien och mina lärare.

Jag vill tacka min handledare, Sara Wallström, för stöd, engagemang och vägledning som hjälpt mig att kämpa vidare och fokusera genom hela skrivandet.

Framförallt, vill jag tacka Gud för visdom, kunskap och förståelse.

Innehållsförteckning

INLEDNING:	1
BAKGRUND	1
Hjärtsvikt	1
Etiologi/Patofysiologi	2
Utredning och diagnostisering	2
Behandling	3
Depression	3
Etiologi/Patofysiologi	4
Utredning/Undersökningar	4
Behandlingen	5
Patientupplevelse av CHF och depression.....	5
Vård av depression i samband med CHF	5
Sjuksköterskans roll.....	6
Omvårdnadsteori (Joyce Travelbee).....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTET	8
METOD	8
Design.....	8
Urval	8
Inklusion -och exklusionskriterier	9
Datainsamling.....	9
Urvalsprocess	10
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden.....	12
RESULTAT	12
Psykosocial vård	13
Socialt stöd.....	13
Upplevd egenförmåga och delaktighet:	14
Personcentreradvård	14
Helhet och patientnära vård	14

Anpassa samtalet till patientens behov	14
Information och utbildning	15
Patientensutbildning.....	15
Anhörigas utbildning (Informell vårdgivare).....	15
Kommunikationsförmåga/Stödsamtal.....	15
Gynnsam arbetsmiljö	16
Arbetsbelastning:	16
Tidsbrist:	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	18
Slutsatser och implikationer.....	20
REFERENSER.....	20
Förkortningslista.....	23

BILAGOR:

- BILAGA 1 Sökningsförfarande**
- BILAGA 2 Exkluderade artiklar**
- BILAGA 3 Sammanfattning av inkluderade artiklar**
- BILAGA 4 Kvalitetsgransknings mall**
- BILAGA 5 Dataextraktion och analys.**

INLEDNING:

Depression och hjärtsvikt delar många gemensam symptom vilket gör att det är svårt att sätta tidig diagnos på det. Förekomsten av depression bland patienter med kronisk hjärtsvikt (CHF) har blivit vanligare. Även om depression ofta bortses ifrån är det viktigt med en djup förståelse för förhållandet mellan dessa sjukdomar i alla stadier av hjärtsvikt. Depression leder till sämre sjukdomsprognos hos patienter med CHF, inklusive risk för sämre livskvalitet, upprepade inläggningar på sjukhus och dödsfall. CHF kan begränsa livskvalitet och samtidigt kan leda till psykisk påverkan.

Sjuksköterskan på en somatisk vård upptäcker att de flesta patienter med CHF uttrycker att livet har ändrats för dem och att de har svårt att leva som förr. Patienterna uppger att de sover dålig på nätterna på grund av andfåddhet och oro. Patienterna uttrycker att de har tappat lust till allt och inte orkar gå ut och träna eller träffa vänner, känner hopplöshet och vill inte fortsätta att leva. Patienterna får skuld känslor och tycker även att ingen kan förstå riktigt hur de upplever sina besvär.

Att leva med CHF kan vara plågsamt för patienten, vilket medför att många inte vill röra på sig, för att undvika episoder med andfåddhet och trötthet. Detta kan leda till ensamhet, nedstämdhet, hopplöshet och låg självkänsla som kan tyda både på depression och på slutlig påverkan av CHF som är grundsjukdomen. Kurslitteraturen betonar att det är viktigt att ta hänsyn till patientperspektivet genom att upptäcka hur de upplever sin sjukdom och vårda dem personcentrerat. Detta i sin tur kräver mycket erfarenhet och kunnskap från sjukvårdspersonalen.

BAKGRUND

Hjärtsvikt

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (2018) för hjärtsjukvård visar att hjärt-kärlsjukdom (CVD) är den största folksjukdomen i Sverige även om insjuknande och dödlighet har minskat de senaste 30–35 åren. Antalet individer som drabbas av CVD har i dagsläget ökat till drygt 200 000 personer årligen. Enligt Socialstyrelsen (2018), är det vanligare att personer med långvariga sjukdomar, till exempel diabetes, hjärtsvikt eller stroke, drabbas av depression och ångest.

Hjärtsvikt kan vara antingen akut eller kroniskt och innebär att hjärtat inte kan pumpa runt tillräckligt med den mängd blod som kroppens vävnader och organ behöver för näring och syre. Vid akut hjärtsvikt är symtomen dramatiska och livshotande med kraftig andnöd, kallsvett, svår hjärtklappning, kraftig blekhet och ångest. Vid CHF kommer symtomen däremot smygande och gradvist med trötthet och andfåddhet. Diagnosen är svårställd på grund av att samma symptom kan vara relaterade till andra orsaker förutom hjärtat. CHF utvecklas gradvis, har ofta långdraget förlopp och kan påverka livskvalitet (Rosenqvist & Tornvall 2012; Agvall 2010; Doorenbos et al, 2016).

I Sverige, insjuknar cirka två procent av befolkningen i CHF och cirka 200 000 personer lever med sjukdomen. Socialstyrelsen (2018) visar att äldre personer oftare drabbas av CHF och snittåldern vid diagnos är 75 år. Både kvinnor och män drabbas i samma omfattning, men

män insjuknar tidigare i livet än kvinnor. Antalet drabbade stiger kraftigt med åldern och cirka tio procent av befolkningen över 80 år har antagligen hjärtsvikt. Långvarig CHF kan påverka även andra organ än hjärtat, såsom hjärnan och skelettmuskulaturen med ökad trötthet och nedsatt livskvalitet som följd, samt njurfunktionen. CHF är indelad i fyra svårighetsgradsklasser av New York Heart Association (NYHA) se tabell.1 nedan. Det är vanligt med upprepade behov av sjukhusvård men under senare år har modern läkemedelsbehandling, sviktpacemaker och bättre poliklinisk uppföljning förbättrat prognosen (Socialstyrelsen, 2018; Rosenqvist & Tornvall, 2012).

Forskning som stöds av Riksförbundet HjärtLung, (2019) säger att antalet yngre personer som drabbas av hjärtsvikt har ökat de senaste decennierna medan antalet fall bland de äldre är på väg ner.

Etiologi/Patofysiologi

Långvarigt högt blodtryck eller att hjärtat skadats av en eller flera hjärtinfarkter är den vanligaste orsaken till CHF. Rytmrubbningar i hjärtat, lungsjukdomar, läckande eller förträngda hjärtklaffar, medfött hjärtfel eller sjukdom i hjärtmuskeln, diabetes samt överkonsumtion av alkohol kan vara andra orsaker till CHF (Rosenqvist & Tornvall, 2012).

När hjärtat inte kan fyllas med blod som tidigare är det svårt för det att pumpa runt blodet som vanligt. Den friska delen av hjärtat får jobba hårdare för att klara av samma arbete som förr. Detta gör att stresshormoner frisätts, vilket gör att det redan ansträngda hjärtat blir ännu mer pressat och hamnar i en ond cirkel. Symtomen är diffusa från början med andfåddhet och trötthet, vilket lätt kan förväxlas med andra sjukdomar och ålderssymtom. I senare skede kan tillståndet leda till ansamling av vätska i lungorna och andra delar av kroppen vilket märks genom att det blir ännu tyngre att andas och att anklarna och benen blir svullna (Rosenqvist & Tornvall, 2012). Var i kroppen vätska samlas beror på vilken del av hjärtat som sviktar; om vänstra hjärthalvan är engagerad, kommer vätskan att samlas i lungorna och då är andfåddhet det vanligaste symtomet. Om höger hjärthalva är engagerad då kommer blodet att stanna ute i kroppen. Detta kan resultera i vätskeansamling benen och fötterna (Rosenqvist & Tornvall, 2012; Agvall, 2010).

Utredning och diagnostisering

För att kunna ställa diagnosen kronisk CHF krävs typiska symtom och objektiva tecken på rubbad hjärtfunktion, både strukturellt och funktionellt. Symtomen kan vara diffusa, varierar och vara ospecifika, vilket ibland kan göra att det blir svårt att sätta diagnosen (Dahlström, Kechagias & Stenke, 2011).

Utredning inkluderar personlig sjukdomsberättelse, sjukdomshistoria, symtom, EKG och blodprover. Senaste riktlinjer rekommenderar att blodprov alltid tas för att bestämma natriuretiska peptider (BNP eller NT-pro BNP) vid misstankar om hjärtsvikt. Sannolikheten att patienten har HF är hög vid förhöjt provsvärd. Uteslutande av utlösande faktorer såsom arytmier, infektion och rubbningar i tyreoidaefunktionen är viktigt. Fel på hjärtklaffar behöver också uteslutas, vilket görs genom noggrann hjärtauskultation eller ekokardiografisk undersökning (Dahlström et al., 2011).

Behandling

Hjärtsvikt uppkommer ofta som efterföljande syndrom efter en annan sjukdom, såsom högt blodtryck, hjärtinfarkt, kärlkramp, rytmrubbningar, fel i hjärtats klaffar och sjukdom i hjärtmuskeln. CHF ska behandlas i första hand mot bakomliggande orsaker; till exempel vid klaffel bör klaffoperation övervägas (Persson & Eriksson, 2015; Agvall, 2010).

I vissa fall, om orsaken till hjärtsvikten är ischemisk hjärtsjukdom kan kranskärlsoperation eller ballongvidgning (ACB/PCI) göras för att kunna förbättra hjärtats pumpfunktion.

Sviktpacemakerinläggning; en operation som innebär att sätta in vad som kallas för CRT (*Cardiac Resynchronization Therapy*) kan övervägas. Det är en speciell form av pacemakerbehandling med impulsgivare till båda hjärtats kammare vilket hjälper hjärtat att slå på ett funktionellt sätt vid hjärtsvikt. Som alternativ finns också inopererbar defibrillator (*Implantable Cardioverter Defibrillator*) som kallas för ICD. Denna kan övervägas vid hög bedömd risk för dödliga rytmrubbningar och får då hjärtat att slå om så att det åter slår som vanligt. Både CRT och ICD (CRT-D) kan kopplas samman för att rädda liv vid hjärtsvikt. Vid svårare tillstånd; där personen inte har några andra försvårande sjukdomar kan hjärtransplantation övervägas (Persson & Eriksson, 2015; Agvall, 2010).

Läkemedelsbehandling, med syftet att öka livskvaliteten, lindra symtomen, slippa sjukhusvård och förlänga livet är grundläggande hjärtsviktsvård. Basbehandlingen med läkemedel vid CHF omfattar ACE-hämmare eller Angiotensinreceptorantagonister (ARB), betablockerare, aldosteronhämmare och diuretiska samt vid behov kan järnbehandling och Digitalis användas som tilläggsbehandling (Rosenqvist & Tornvall, 2012; Socialstyrelsen, 2018).

Läkemedelsbehandling sker enligt NYHA- klassificering, se tabell 1. Patienter oftare behandlas i enlighet med hur de ligger i NYHA-klassificering.

Tabell 1. NYHA-klassificering

NYHA I - Låg hjärtfunktion men inte påverkad alls

NYHA II - Lätt hjärtsvikt, blir andfådd vid fysisk ansträngning

NYHA III - Måttlig hjärtsvikt, patienten blir lätt andfådd vid lite fysisk ansträngning. Kan delas upp till IIIA & IIIB beror på hur mycket ansträngning patienten kan klara.

NYHA IV - Svår hjärtsvikt med andfåddhet vid i vila; sängliggande.

Det finns olika rekommendationer som kallas för icke-farmakologiska åtgärder som kan vara till nytta för berörda patienter; till exempel fysisk aktivitet (träna lätt till anpassad ansträngning), begränsat vätskeintag, rökstopp, avsluta med alkohol, minska saltintag, behandla associerad depression med psykologhjälp, behandla för sömnsvårighet (Persson & Eriksson, 2015; Agvall, 2010).

Depression

Depression kan förstärka somatiska symtom vilket kan leda till lidande och arbetsoförmåga för den drabbade (Mastrogiannis et al., 2012). Depression presenterar sig med att den drabbade personen blir nedstämd, tappar lust till allt, känner hopplöshet, orkeslöshet samt kan få suicidtankar. De flesta har störd sömn, nedsatt aptit som kan leda till ofrivillig viktnedgång

och koncentrationssvårigheter (Mårtensson & Åsberg, 2016). Socialstyrelsens (2020) riktlinjer om vård vid depression och ångestsyndrom säger att depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna som drabbar människor i alla åldrar. Enligt Socialstyrelsen (2020), är det vanligare att personer med långvariga sjukdomar drabbas av depression och ångest samt har ökad risk för både suicidtankar och suicidförsök. Socialstyrelsen (2020) vidare påstår att nästan en tredjedel av befolkningen får depression någon gång i livet.

Depression kan komma i olika grader och hur mycket den som drabbas klarar av vardagen beror på vilken grad av depression personen har. Det finns lätt eller lindrig depression, medelsvår eller måttlig depression och svår eller djup depression (Mårtensson & Åsberg, 2016). De som hamnar på lätt depression kan klara av vardagen bättre än de som hamnar på svår depression. Lätt depression kan orsaka komplikation vid kritisk sjukdom och flera akuta sjukdomar bland annat till exempel hjärtinfarkt, stroke, med mera (Mårtensson & Åsberg, 2016). Innan diagnos för depression kan ställas, måste personen ha depressiva symtom under större delen av dagen varje dag och mer än fjorton dagar (Mårtensson & Åsberg, 2016).

Etiologi/Patofysiologi

Nedstämdhet är en central komponent i det depressiva syndromet och en ut av de två specifika huvudsymtomen i diagnoskriterierna för depression (Mårtensson & Åsberg, 2016). Orsakerna till depression är okända men det finns några teorier om bakomliggande orsaker till depression. Exempel är den psykoanalytiska förklaringsmodellen av Freud och Abraham samt en kognitiv förklaring av Beck (Berntsson & Nornholm, 2017).

Ärftlighet kan också vara en orsak då det handlar om genetisk betingad depression. Det kan finnas även depression som är årstidsbunden och den som kommer efter förlossningen. Biologiska orsaker kan föreligga, då det finns nedsatt produktion av monoaminer serotonin, noradrenalin och dopamin som kan ligga bakom. Låga kortisolnivåer kan också leda till depression samtidigt som depression självt kan orsaka låga kortisolnivåerna (Berntsson & Nornholm, 2017). Patienten presenterar sig med nedstämdhet och glädjelöshet, sömnsvårighet, skuld känslor som kan leda till suicidtankar, koncentrationssvårigheter med mera. De flesta klagar över smärta som inte kan kopplas till en somatisk orsak. Sjukdomsförloppet kan vara allvarligt på grund av att den drabbade kan få självmordstankar och somatiska symtom i efterförloppet.

Många studier har visat att patienten med depression löper större risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom samtidigt som de med hjärt-kärlsjukdom riskerar att drabbas av depression. Anledningen till detta kan vara att depression utlöser överproduktion av koagulationsfaktorer och variation i hjärtfrekvensen som kan leda till att hjärtat bli påverkat. Prognosen är ändå bra med rätt behandling och i god tid (Carney et al. 2007; (Mårtensson & Åsberg, 2016; Berntsson & Nornholm, 2017).

Utredning/Undersökningar

Diagnosen ställs främst via samtalet. Patienten får berätta själv om sitt tillstånd och sedan fylla i ett skattningsformulär med vissa frågor. Skattningsskalor som är används vid depressionsbedömning är Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) och Montgomery-Åsbergs depressionsskattningsskala (MADRS). Det finns också Becks Depression Inventory (BDI) som används självskattningsskala för bedömning av depression. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är ett formulär med 14 frågor som används för att screena för

depression och ångest hos patienter i somatisk sjukvård samt Patient Health Questionnaire (PHQ) som är ett självskattningsformulär med 9 frågor vilket inriktar sig mot att bedöma för egentlig depression, enligt DSM (Mårtensson & Åsberg, 2016; Mastrogiannis et al., 2012). Läkaren bedömer patienten genom att använda både formuläret och patientens berättelse. Blodprover med tyreoidaprov, Hb, joniserat kalcium med mera tas för att utesluta andra kroppsliga sjukdomar (Mårtensson & Åsberg, 2016).

Behandlingen

Behandlingen vid depression kan ske på olika sätt beroende på i vilken grad av depression personen befinner sig. Det finns behandling med stödsamtal, där patienten får råd om vad depression betyder, att försöka röra på sig, hur vardagen kan hanteras och hur vanor till exempel med sömnen, alkoholbruk och matvanor kan förbättras.

Samtalsterapi, till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT) kan också vara till nytta för personer med depression.

Läkemedel med antidepressivt är ett annat sätt att behandla depression till exempel Selektiva Serotoninåterupptagshämmare, SSRI, Selektiva serotonin -och noradrenalinåterupptagshämmare, SNRI & Tricykliska antidepressiva, TCA. Effekten av läkemedlet kommer gradvis och det påverkar signalsubstanser i hjärnan. Signalsubstanser är ämnen som gör att olika nervceller i hjärnan kan kommunicera med varandra (Mårtensson & Åsberg, 2016).

Patientupplevelse av CHF och depression

Livskvalitet påverkas och ändras för patienter med CHF samt blir ännu sämre i samband med depression. Patienter med CHF upplever många olika symtom som liknar dem vid depression såsom ökad trötthet, sömnsvårigheter, minskad lust för aktiviteter och oro (Doorenbos, Levy, Curtis, & Dougherty, 2016). De flesta patienter med CHF påverkas av negativa tankar, vilket kan leda till ett djupare depressivt tillstånd. Att leva med en kronisk sjukdom såsom CHF kan vara plågsamt för patienten, vilket gör att många uttrycker att de inte vill fortsätta med livet. Den upplevelsen med förändrat självförtroende och inåtvänd personlighet är vanlig på grund av känslan att vara beroende av andra och inte kunna hantera saker som förr (Thornhill, Lyon & Lip, 2008; Pihl, Fridlund & Mårtensson, 2011). Patienten oroar sig mycket och försöker undvika kontakter med vänner som tidigare, på grund av tankar på plötsligt död, vill helst vilja vara ensam ifall det skulle hända något (Sykes & Simpson, 2011). Förmågan för patienter med CHF att acceptera sitt hälsotillstånd och anta en strategi för att hantera den beror främst på psykologiska faktorer. Medan vissa aktivt kommer att engagera sig genom att acceptera situationen och aktivt arbeta hårt för att klara det och må bättre, kommer andra helt att undvika att engagera sig (Pérez-García, Oliván & Bover, 2014).

Vård av depression i samband med CHF

Patienter med depression i samband med hjärtsvikt CHF kan ha en hög risk för upprepade inläggande på sjukhuset och hög mortalitet. Ryan et al. (2019) rapporterar att förekomsten av depression bland patienter med CHF varierar mellan 13% och 77,5%. De menar att det kan vara utmanande att ställa diagnos på grund av överlappningen av symtom mellan CHF och

depression. Författarna rekommenderar vidare att det är viktigt för sjuksköterskan som vårdar patienten att undersöka patienten för depression under sjukhusvistelsen (Ryan, Bierle, & Vuckovic, 2019).

Enligt Chapa et al. (2014) är effektiv behandling för hjärtsviktpatienter med depression och ångest ännu inte fastställd. Författarna framhåller att sjuksköterskor som arbetar med hjärtsviktpatienter kan bidra med bedömning som underlag till behandling av patienterna genom att dra nytta av att förstå patofysiologin samt tecken och symtom på depression. De menar att sjuksköterskor kan förbättra bedömningen och behandlingen av patienter med CHF som är deprimerade med stöd av helhetsmodell för att förstå hur sinnets och kroppens samarbete fungerar när det gäller hälsa. Sykes & Simpson (2011) betonar behovet av omprövning av en hjärtsviktpatienters psykologiska välbefinnande när det fysiska tillståndet stabiliserats. De hävdar att det är viktigt att sätta in behandlingen för depression framförallt KBT när det är uppenbart att patienten med CHF påverkas av depression (Sykes & Simpson 2011). I en forskningsartikel om *"Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients"*, presenterar författarna ett forskningsresultat som visar att tilltro till egen förmåga är en viktig faktor som kan hjälpa patienter med CHF att följa behandlingen, men detta påverkas ofta av socialt stöd och depression. De säger att socialt stöd, det vill säga ömsint stöd, positiv social interaktion och så vidare kan hjälpa den deprimerade patienten med hjärtsvikt att öka sin tilltro till den egna förmågan vilket i sin tur kan förbättra behandlingsföljsamhet (Maeda et al. 2013).

Moon, Yim & Jeon (2018) betonar också vikten av patientens egenvård och delaktighet för att bidra till en bättre följsamhet till medicinering och förbättring av prognosen. Författarna säger att huvudidén för egenvård är att kunna känna igen och hantera symtomen, följa behandlingsregimen och andra instruktioner för hjärtsviktsbehandlingen. Vid utvärdering av effekten av telefonbaserad egenvårdshantering, som utvecklats av sjuksköterskor för att hjälpa hjärtsviktpatienter med depression, upptäcktes att patienterna mätte bättre jämfört med kontrollgruppen (Moon et al. 2018).

I en studie av Blumenthal et al. (2019), visar författarna hur utbildning i hanteringsförmåga som levereras via telefonsamtal kan ge förbättring i livskvalitet och minska depressiva symtom i en större utsträckning för patienter med CHF jämfört med kontrollgruppen, som inte fick telefonutbildningen. Richards et al. (2018) lyfter i en forskningsartikel om *"Assessing the effectiveness of Enhanced Psychological Care for patients with depressive symptoms attending cardiac rehabilitation compared with treatment as usual"* behovet av att involvera psykologisk terapi som en del av rehabiliteringen hos hjärtsviktpatienter (Richards et al., 2018). Graven et al., (2015) betonar i sin forskningsartikel att adekvat socialt stöd kan tjäna som en hanteringsresurs för att upprätthålla ändamålsenligt beteende för egenvård för berörda patienter. Studien visar också att förmågan för social problemlösning ligger inom individens personlighet. Författarna är av den uppfattningen att individen med en bättre problemlösningstil har en bättre egenvård (Graven, et al.2015).

Sjuksköterskans roll

Organisation- och kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården hävdar att sjuksköterskeprofessionen är i ständig utveckling. Detta är för att se till att sjuksköterskan har de kunskaper och färdigheter som krävs för att tillgodose patienternas behov samt att kunna leda och utveckla omvårdnad (Sherwood & Barnsteiner, 2013) Kärnkompetens för den legitimerade sjuksköterskan är omvårdnad vilket omfattar både det vetenskapliga kunskapsområdet och det patientnära arbetet. Detta innebär att sjuksköterskan ansvarar för

kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra eller återfår sin hälsa, hantera hälsoproblem och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Sherwood & Barnsteiner (2013) menar att sjuksköterskan bör känna till sin prestation eller få feedback om hur sitt arbete har utförts, genom reflektioner för att kunna utveckla omvårdnaden. Författaren anser att det är viktigt för sjuksköterskan att skaffa data som ska vara till stöd för reflektion om viktiga inslag i omvårdnaden. Detta betyder att det är nödvändig att undervisa sjuksköterskor i en systematisk process för att definiera problem, identifiera möjliga orsaker till problemet och metoder för att testa möjliga lösningar för att förbättra omvårdnaden (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Professionen bygger på att uppmärksamma patientens egen upplevelse av sjukdom och lindra lidande i största möjliga mån samt att det krävs att sjuksköterskan har kommunikationsförmåga i vården. Sjuksköterskan ska ge stöd och vägledning till patienter och närstående som en grund för delaktighet i vård och behandling, kunna informera och undervisa patienter och närstående samt kunna anpassa innehållet. Sjuksköterskan ska förvissa sig om att patienter och närstående har förstått information och uppmärksamma även de patienter som inte visar tecken på eller uttrycker informationsbehov (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). En helhetssyn på människan innebär en insikt om att samarbete om förändring bygger på den andres erfarenheter av svårigheter. Författaren menar att personen har insikt om vad som kan medföra förändringar och vad som bör vara till hjälp (Karlsson & Borg, 2019).

Omvårdnadsteori (Joyce Travelbee).

Teorin om omvårdnaden inriktar sig på den mellanmänskliga dimensionen. De viktigaste begreppen i teorin är människan som individ, kommunikation, meningen med livet, lidande och mänskliga relationer. Travelbee hävdar att det mänskliga lidandet är ett grundläggande fenomen som inte går att undvika (Travelbee, 1971).

Enligt Travelbees teori går lidandet från övergående obehag till extremt lidande. Hon uppger att människor kan visa upp lidande på olika sätt; de som inte accepterar sjukdomen och ställer frågan om ”varför de fick den” och de som har accepterat det men frågar ”varför är var det inte de som fick sjukdomen”. Detta kan visa sig på olika sätt såsom till exempel depression och självmökan (Travelbee, 1971).

Vårdpersonalen bör därför inte bilda sig en felaktig uppfattning i förväg utan se patienten som en unik person. För att kunna vårda patienten med hjälp av erfarenhet från andra patienter som sjuksköterskan har mött i sitt vårdande, är det viktigt att förstå patientens situation och upplevelser (Travelbee, 1971).

Travelbee framhåller att kommunikationen är ett viktigt redskap vid omvårdnaden, då kan tankar och känslor förmedlas. Sjuksköterskan kan uppnå sitt omvårdningsmål och förstå patientens upplevelser, erfarenheter och lidandet som sjukdomen innebär om kommunikationen fungerar bra. Det pågår ständigt en verbal och icke-verbal kommunikation i mötet mellan två personer. Detta innebär att om mötet störs eller sjuksköterskan inte kan förstå och se patienten som en unik individ kan sjuksköterskan missa viktig information som patienten förmedlar i sitt tal och kroppsspråk (Travelbee, 1971).

Svensk sjuksköterskeförening (2020), beskriver personcentrerad vård som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Enligt Travelbee innebär den generella definitionen att den unika individen minskas till något generellt. Hon menar att individen inte får generaliseras utan ska behandlas enligt individuella behov (Travelbee, 1971).

PROBLEMFÖRMULERING

Att drabbas av depression i samband med CHF kan ha en dålig prognos. Enligt Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer tillhör patienter med CHF gruppen med hög risk att drabbas av depression på grund av sjukdomsförloppet. Livskvaliteten begränsas och påverkas vid CHF, särskilt när andningsbesvär och trötthet blir bestående och utlöses av minsta fysiska aktivitet. Patienten tappar sin autonomi och känner sig beroende av andra personer. Tidigare studier visar att de flesta patienter med CHF visar tecken på depression, men det är svårt att ställa diagnos och upprätta en handlingsplan på grund av att symtomen överlappar varandra. Enligt författarna innebär detta en stor risk för dödlighet. Sjuksköterskor på medicinavdelning jobbar mycket med patientnära och personcentrerad vård, men det är lätt att förväxla de tidiga symtomen på depression med den begränsade aktiviteten hos CHF patienter, särskilt hos äldre personer. Trots att det finns risk för att CHF förvärras ännu mera i kombination med depression, tycker författaren att det fortfarande saknas utarbetad handlingsplan för sjuksköterskor inom medicinavdelning om vård av depression i samband med CHF. Författaren vill genom denna studie undersöka vilka sjuksköterskans interventioner är lämpligt för berörda patienter.

SYFTET

Syftet är att genom en systematisk litteraturstudie undersöka vilka omvårdnadsinsatser som är effektiva för patienter med CHF och samtidig depression som vårdas inom somatisk vård, samt vad som kan förhindra att genomföra insatserna.

METOD

Design

Arbetet genomförs som en systematisk litteraturstudie genom att granska och sammanställa forskningsartiklar med kunskaper om området som ska utforskas och därigenom hitta svar på syftet och frågeställningen med studien. Systematisk litteraturstudie innebär granskning av forskningsartiklar som identifierar relevanta studier, utvärdering av deras kvalitet och sammanfattning av deras resultat med hjälp av en vetenskaplig metod (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Studieöversikten ska svara på en specifik klinisk fråga som oftast formulerad enligt PICO/PEO eller SPICE. Innan datainsamlingen läser författaren metodböcker om hur systematisk litteraturstudie ska utföras vilket ska sedan vägleda genomförandet av en korrekt studie.

Urval

Studien ska svara till en kvalitativ frågeställning och författaren väljer akronymen SPICE/PICO -metod. Anledningen är att den kan leda författaren till mer omfattande och relevanta artiklar inom området samt bygga upp frågeställningar. SPICE bygger på PICO och detta är ett system som kan stödja författaren att hitta relevanta sökord samt ge inklusionsöverblick. Både SPICE & PICO används då författaren vill inkludera vårdenheten (hjärtintensivavdelning) i studien (Boots, 2006). Förklaring finns i tabell 2.

Tabell 2. SPICE/PICO -förklaringstabell.

S (setting)- coronary care unit/heart intensive unit	
P (perspective) - heart failure & depression	P (problem/population) -heart failure & depression
I (intervention) -nursing care/management/responsibility	I (intervention) -nursing care/management/responsibility
C (comparison)-not available	C (comparison) -not available
E (evaluation) -quality of life	O (outcome) - quality of life

Inklusion -och exklusionskriterier

Inklusionskriterier: Enligt Bettany-Saltikovs & Mcsherry (2016) rekommendationer bör kriterierna för kvalitet och objektivitet bedömas för inklusions -och exklusionskriterier innan genomförande av systematiska sökningar. Artiklarna ska innehålla viktig information om vård av patienter med både hjärtsvikt och depression, innefatta sjuksköterskans interventioner i vård av samtliga patienter, vara kvalitetsgranskade originalartiklar, inte äldre än tio år och på engelska, ha abstract och fri fulltext.

Exklusionskriterier: Artiklar äldre än tio år, på annat språk än engelska, utan fri fulltext eller abstrakt tillgängligt eller kan inte besvara frågeställningen utesluts. Resterande granskas manuellt genom individuell läsning för att bedöma om artikelns innehåll svarar på studiens syfte och frågeställningen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Datainsamling

Vetenskapliga artiklar identifierades databaserna PubMed och CINAHL. Anledningen till valet av dessa två databaser är att flesta artiklar inom medicin och omvårdnad finns publicerade och tillgängliga där. För att få en överblick över det aktuella forskningsläget gjorde först en pilotsökning. Sökningen ska kunna omfatta de artiklar som slutligen ska ge resultat som svarar på frågeställningen och har en hög validitet. Det betyder att sökningen ska vara specifik och tillräcklig, samt att antalet träffar ska vara överblickbar och irrelevanta artiklar undviks.

SPICE/PICO används till stöd för att hitta rätt sökord utifrån studiens syfte. Exempel på sökord som användes är termerna som ska användas i studien kontrolleras mot MeSH termer och i CINAHL heading. Detta är för att säkerställa att rätt terminologi används vid sökningar. Sökningarnas genomförande görs till slut som fritextord för att kunna få en bredare sökning och inte missa artiklar där dessa termer inte angivits som ämnesord (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Sökblock skapade genom att använda fritextord samt gå igenom synonymer och eventuella förkortningar. Synonymerna kombineras med boolesk logik; "AND och "OR" för att göra sökningen mer specifik och samtidigt inkludera fler sökord i samma mening. I vissa fall, där

sökord skulle hållas ihop för att inte tappa sin mening, användes fräsökningar, såsom (“ “) (Rienecker & Jörgensen, 2017). Illustration av sökblock finns i tabell, se bilaga 1.

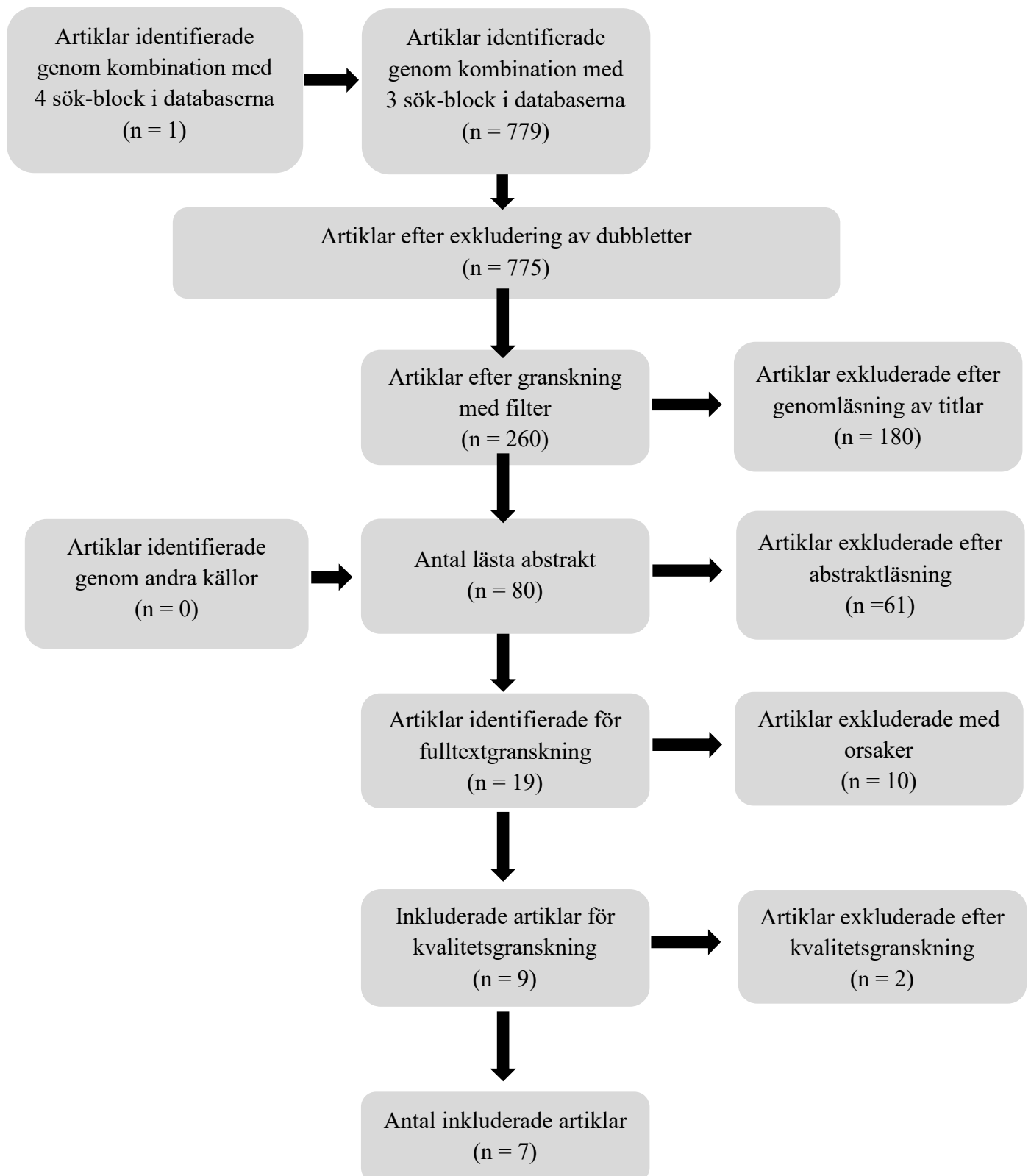
Urvalsprocess

Primärsökningen i kombination med alla fyra sökblock (#1 AND #2 AND #3 AND #4) resulterar i ett antal träffar (n=1). Då bestämmer författaren att inte begränsa sökningen till att gälla bara på ett visst ställe, utan att bredda sökningen till att gälla vård på olika ställen. Andra kombinationer med de tre sökblocken (#1 AND #2 AND #3) resulterar i ett stort antal träffar (n=779) i PubMed och CINAHL. Genom avgränsning med filter minskas antalet till (n=260).

Dessa träffar granskades manuellt genom att först läsa igenom alla titlar. Utifrån titlarna identifierades 80 artiklar, vilka tycks kunna svara till frågeställningen, varpå dessa artiklars abstrakt granskade. De artiklar som inte matchar med syftet var exkluderas efter läsning av abstrakten. Efter granskning av abstrakten kvarstod 19 artiklar som lästes i fulltext. Till slut exkluderas ytterligare artiklar som inte inriktar sig mot sjuksköterskans ansvar eller inte svarar mot syftet. Urvalet är enligt inklusions -och exklusionskriterierna och en granskningsmall används för att underlätta kvalitetsgranskningen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016)) Nio artiklar ingår i kvalitetsgranskningen. Exkluderade artiklar med förklaring finns beskrivna i bilaga 2.

Kvalitetsgranskningar görs med stöd av mallen av Joanna Briggs Institute för kvalitetsgranskningsverktyg. Detta syftar till att syntetisera och sammanfatta befintlig kunskap samt försöker avslöja alla bevis som är relevanta för en fråga. Totalt nio artiklar granskas. Två ytterligare artiklar togs bort relaterat till att den ena var en Review artikel och den andra svarar inte på frågeställningen. Sju artiklar bedöms hålla hög kvalitet. Se figur 1. samt beskrivning tabell återfinns i bilaga 3.

Flödesdiagram. figur 1.



Dataanalys

Eftersom inkluderade artiklar för studien inte är så många till antalet, anses att induktiv innehållsanalys är lämplig metod för denna studie. (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Resultatdelen lästes igenom flera gånger för att skapa grundlig förståelse för dimensioner som presenteras i resultatet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Varje mening i originalartikeln som bedöms ska kunna besvara syftet markerades och färgkodade i enlighet med enheten. Varje färgkodad enhet extraherades och finns presenteras i tabell, se bilaga 5 (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Förklaringar om hur data extraheras samt sammanställning av all extraherade data finns med i tabellen i bilaga 5. Textenheterna översattes sedan till svenska.

Innehållet i textenheterna kodades fritt vilket ska hjälpa till med identifikation av olika delar av extraherade data. Jämförelse av likhet och olikhet sammanfattas sedan till underkategorier. Några ord i textenheterna som inte bedöms vara nödvändiga tas bort och reduceras. Likheter i underkategorier samlas ihop och kategorier skapas (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Henricson och Billhults, 2017). Resultatet kommer slutligen att presenteras från kategorier som omfattar olika underkategorier.

Författaren upprepar alla steg i dataanalysen för att säkerställa att alla viktiga delar av inkluderade artiklars resultat följer med i under -och kategorier (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

För att visa studiens trovärdighet ska resultaten som ska finnas i resultatdelen presenteras med citat från de inkluderade artiklarna (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Shenton, 2004). Förklaringar återfinns i bilaga 5.

Författaren bedömer att det finns en viss förförståelse inom ämnet som studeras men är uppmärksam på att inte låta det inverka på hela studien och dess resultat. Nya idéer och slutsatser skapas när det ses bortom förförståelsen.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådet (2017) säger god forskningssed att forskaren ska sträva efter bland annat att inte skada människor, djur eller miljö och ska vara öppen med redovisning av metod och resultat.

Etikprövning avseende forskningsperson behöver inte göras för systematiska litteraturöversikter men forskarens ansvarar för att kontrollerade och granska att de ingående studiernas etik för att minska risken för etiska konflikter (Cöster, 2014).

En väldokumenterad forskningsprocess kan användas av andra forskare som underlag och utgångspunkt för nya vetenskapliga studier (SOU 2017:10).

Inkluderade artiklar för denna studie uppfyller etiska regler och reflektioner.

RESULTAT

Resultatet presenteras under fyra kategorier; *Psykosocial vård*, *Personcentrerad vård*, *Information och utbildning* och *Gynnsam arbetsmiljö* vilka omfattar nio underkategorier som sedan presenteras under olika delar av resultatet. Resultatet visar att sjuksköterskor som arbetar med patienter med CHF och samtidig depression skulle kunna stödja patienterna bättre

genom att använda dessa upplagda omvårdnadsstrategier samt med gynnsam arbetsmiljö. För att stärka resultatet har citaten använt med kursiv, indragen och fet stil.

Tabell 3.

TABELL FÖR RESULTAT

KATEGORIER	UNDERKATEGORIER
Psykosocial vård	Socialt stöd, Upplevd egenförmåga/delaktighet.
Personcentrerad vård	Helhet och patientnära vård, Anpassa samtalet till patientens behov.
Information och undervisning	Patientensutbildning, Anhörigas utbildning (informell vårdgivare), Kommunikationsförmåga/Stödsamtal
Gynnsam arbetsmiljö	Arbetsbelastning, Tidsbrist

Psykosocial vård

Flera vetenskapliga artiklar berättar hur sjuksköterskans insatser genom att uppmuntra patienterna med kronisk hjärtsvikt att göra något positivt för att kunna må bättre har förbättrat patientens hälsa. Sjuksköterskan stöttar patienten att sätta upp ett individuellt och specifikt mål, och visar viljan att genomföra det aktivt. Studierna lyfter även nyttan av att stötta patienten emotionellt och samtidigt stärka dennes vilja att fortsätta att leva (Sykes & Simpson, 2011; Maeda et al., 2013).

Socialt stöd

I en forskningsstudie av Sykes & Simpson (2011) genomförs en kort psykologisk intervention för att hjälpa patienter med hjärtsvikt i Storbritannien. Forskningen var avsedd att utföras på tolv patienter på polikliniken och skulle sträcka sig över ett år, men endast en patient är tillräckligt noggrann för att uppfylla kraven i alla studiens steg med studien och finansieringen kan inte gå längre än ett år (Sykes & Simpson, 2011).

Interventionerna var i tre sessioner; Att utmana negativa tankar och identifiera de känslor som är förknippade med negativa tankar, att planera trevliga aktiviteter och utmana sjukdomsroller och att förbättra en livsstilsfråga (Sykes & Simpson, 2011).

Det övergripande resultatet visar att patienten har haft psykologisk nytta av denna korta intervention. Författarna säger att målet är att dela med sig av lärandet från studien och att använda det för att vara en katalysator för framtida forskning (Sykes & Simpson, 2011).

“In session 1 the unhelpful thought, ‘My friends don’t want to know me’, was identified. Albert had cut off ties with his friends as he did not want to burden them” (Sykes & Simpson, 2011, p 276).

In session 2 it was identified that Albert liked gardening but had stopped this activity since his diagnosis. Taking up gardening again was planned in the session (Sykes & Simpson, 2011, p 276).

In session 3 Albert learned relaxation techniques (Sykes & Simpson, 2011, p 276).

Upplevd egenförmåga och delaktighet:

Det framkommer i en studie av Maeda et al. (2013), utförd i USA, att många patienter med CHF som drabbas av depression kan ha svårt med behandlingsföljsamheten, men socialt stöd kan bidra till att stärka patienternas egenvårdsförmåga (Maeda et al., 2013).

Författarna betonar att oavsett sjukdomens svårighetsnivå hos de kroniskt sjuka patienterna är egenvårds förmåga den starkaste bestämmande faktorn för hälsofrämjande insatser. Studiens resultat visar att socialt stöd vid depression spelar en viktig roll till behandlingsföljsamhet medan depression i sig har negativa effekter på förmågan att följa behandlingen hos patienter med CHF. Socialt stöd kan vara till hjälp genom att förstärka patientens egenförmåga (Maeda et al., 2013).

“HF patients with comorbid depression are three times less likely than their nondepressed counterparts to adhere to their treatment regimens in domains such as medication, diet, exercise, smoking cessation, and cardiac rehabilitation attendance” (Maeda et al., 2013, p 89).

“social support may facilitate health maintenance behaviours via cognitive and affective mechanisms such as increased self-esteem, perception of control over HF, and sense of mastery, which can boost patients’ confidence in their selfcare abilities” (Maeda et al., 2013, p 89).

Personcentrerad vård

Patienter med CHF och samtidig depression kan behöva närmare omvårdnad som inriktar sig mot personens egna specifika behov. Vissa studier har belyst det behovet av vård enligt patientens behov för att lindra psykisk påverkan och ge anpassad vård (Richards et al., 2018, Wingham et al., 2015).

Helhet och patientnära vård

Deltagarna i studien utförd av Richards et al. 2018 i Storbritannien, berättar att de uppskattar den psykologiska och patientnära vård som sjuksköterskorna har levererat till dem. De uppger att den har underlättat deras återhämtning från depressionen (Richards et al. 2018).

“EPC participants, however, viewed one-to-one dedicated nurse time addressing psychological issues as important in helping them achieve timely recovery from their depression. In addition, some patients identified and valued the holistic approach to care” (Richards et al., 2018, p 14).

Anpassa samtalet till patientens behov

Wingham, et al. (2015) utför en forskningsstudie i Storbritannien vilken är avsedd att identifiera anhörigas behov i samband med att ta hand om patienter med CHF i hemmet. I studien förklarar författarna att vårdledningen gör en kvalitativ syntes av patientperspektiv på hantering av CHF för att utveckla en handbok som är inriktad mot individens specifika behov, som kan hjälpa patienterna och deras anhöriga i hembaserad rehabilitering och egenvård (Wingham et al., 2015).

“It includes a HF manual and a family and friends resource comprising workbooks facilitated by a trained health care practitioner tailored to individuals’ specific needs. Prior to this research, members of the REACH-HF team conducted a qualitative synthesis of patient perspectives on

managing HF that informed the development of the HF manual” (Wingham et al., 2015, p 305)

Information och utbildning

Flera studier lyfter behovet av utbildning och kunskap om tillståndet för både berörda patienter och deras anhöriga som kan anses leda till motivation att genomföra en livsstilsförändring och bättre vård (Graven et al., 2015; Wingham et al., 2015; Moon et al., 2018; Blumenthal et al., 2019).

Patientensutbildning

I en studie av Graven et al. (2015), utförd i USA, visar författarna genom undersökningar av sambandet mellan CHF:s fysiska symtom, socialt stöd och problemlösning, depressiva symtom och egenvård hos patienter med CHF som behandlas polikliniskt. Resultatet visar att konsekvenser för sjukvårdspersonal som arbetar med CHF-patienter är att personalen ska bedöma om det finns tillräckligt stöd vid varje vårdbesök och inkludera vårdplanering i utbildningsprocessen, samt bedöma förekomsten av depressiva symtom och göra lämpliga hänvisningar (Graven et al., 2015).

“Our findings also provide implications for clinicians working with HF patients. Clinicians should assess for adequate support at each health care visit and include patients’ support systems in the educational process, as well as assess for the presence of depressive symptoms and make appropriate referrals” (Graven et al., 2015, p 85).

Anhörigas utbildning (Informell vårdgivare)

I en studie av Wingham et al. (2015), utförd i Storbritannien, lyfter forskarna vikten av att involvera patientens anhöriga som en del av ett hembaserat självhanteringsprogram för kroniska hjärtsviktpatienter. Detta menar författarna kan underlätta och förbättra kommunikationen med sjukvårdspersonalen.

Resultatet identifierar tre stora behov; att stödja hantering av hjärtsvikt, att utveckla färdigheter för att genomföra svåra diskussioner om rollen samt behov av färdigheter för att engagera sig i socialt stöd (Wingham et al., 2015). Författarna föreslår att kartläggning av många interna och externa sammankopplade resurser krävs för att stödja vårdare för personer med CHF. Studien visar komplexiteten i att ta hand om en person med CHF och de vägar som sjukvårdspersonal kan inrikta sig på för att stödja anhörigvårdare (Wingham et al., 2015).

“We propose a conceptual framework that maps the many internal and external interlinked resources required in order to support caregivers for people with CHF” (Wingham et al., 2015, p 315).

“If caregiver needs are met, these results suggest that caregivers can successfully support self-management in HF” (Wingham et al., 2015, p 315).

Kommunikationsförmåga/Stödsamtal

Moon et al. (2018) utför en forskningsstudie i Korea, för att undersöka effekterna av ett telefonbaserat program för självadministrationsstöd som leds av sjuksköterskor. De effekter som undersöks är egenvårdsbeteende, biologiska index för hjärtfunktion och depression.

Författarna förklarar hur sjuksköterskorna har använt telefonkontakt som en effektiv kommunikationsintervention för att stödja sina patienter med hjärtsvikt i hemmet för att främja beteende för egenvård. Studien består av enskild utbildningsrådgivning samt telefonutbildningsrådgivning. Telefonkontakt användes med deltagarna används, vilket möjliggör en snabbare rapport mellan vårdpersonalen och deltagarna, samtidigt som leder till förbättrad tillförlitlighet. Resultatet visar en signifikant förbättring av patienternas hälsotillstånd (Moon et al., 2018).

” The efficacy was evaluated by assessing self-care behaviours, cardiac function indicators and depression ” (Moon et al., 2018, p 256).

“The participants in the experimental group showed significantly increased self-care behaviour scores, decreased N-terminal pro-brain natriuretic peptide level, improved left ventricular ejection fraction values, and decreased depression scores compared with the control group.” (Moon et al., 2018, p 251).

Forskningsstudien av Blumenthal et al. (2019), utförd i USA, syftar till att undersöka effekterna av socialt stöd vid depressiva symtom och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med kronisk hjärtsvikt som får undervisning i hanteringsförmåga (CST). Författarna visar att genom telefonsamtal och individuell rådgivning via fysiska samtal har patienter med kronisk hjärtsvikt som drabbas av depression möjlighet att undvika upprepade sjukhusinläggningar genom att hålla kontakten och vara följsamma med behandlingen.

Författarna presenterar övergripande resultat som visar att patienter med lågt socialt stöd kan dra stor nytta av telefonbaserade CST-interventioner. Författarna berättar att det kan vara en kostnadseffektiv strategi för att förbättra livskvalitet och minska depression hos berörda patienter (Blumenthal et al., 2019).

“HF patients with low social support benefit substantially from telephone-based CST interventions. Targeting HF patients with low social support for behavioural interventions could prove to be a cost-effective strategy for improving QoL and reducing depression” (Blumenthal et al., 2019, p 502).

Gynnsam arbetsmiljö

Studien visar att sjuksköterskor som jobbar med patienter med CHF kan ha möjligheter att ge bättre insatser i rehabilitering och behandling av patienter som samtidigt drabbas av depression om de kan få en bättre arbetsmiljö. Författarna lyfter bristande tid och bristande bemanning som faktorer som anses påverka sjuksköterskans insatser (Richards et al., 2018).

Arbetsbelastning:

En extern pilot randomiserad kontrollerad studie (RCT) randomiserar åtta hjärtrehabiliteringsteam till antingen sedvanlig hjärtrehabiliteringsvård (UC) eller förbättrad psykologisk vård (EPC) utöver UC. Studien utförs i Storbritannien och visar att patienter med CHF som går på rehabilitering kan ha nytta av EPC, men detta kan inte tillhandahållas för alla på grund av arbetsbelastningen på de tillgängliga sjuksköterskorna. Resultatet rapporterar vidare att kvalificerade patienter inte kunde erbjudas EPC på grund av sjuksköterskornas arbetsbelastning (Richards et al., 2018).

“While psychological treatments, such as cognitive behavioural therapy, for example, are effective for depression in people with CHD, very few

rehabilitation services provide access specific psychological treatments part of cardiac rehabilitation” (Richards et al., 2018, p 2).

Tidsbrist:

I samma studie av Richards et al. (2018) visar resultatet att sjuksköterskor som jobbar på somatisk vård har vilja att träna upp sig och arbeta holistisk med patienterna men är begränsade av tid.

“Qualitative interviews with nurses revealed that they felt equipped to deliver the EPC intervention, and valued training in mental health care coordination and mental health risk assessment, particularly in respect of the use of the PHQ-9 instrument during their initial screening appointment”, it was evident that accommodating EPC within the context of their existing workload proved extremely challenging and ultimately unsustainable” (Richards et al., 2018, p 14).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien utfördes som en systematisk litteraturstudie med en kvalitativ ansats. Detta för att kunna besvara forskningsfrågan om vilka omvårdnadsinsatser som är effektiva för patienter med CHF och samtidig depression som vårdas på medicine ward. Studien genomfördes genom att granska och sammanställa befintliga forskningsartiklar med kunskaper inom problemområdet och därigenom hitta svar på syftet och frågeställningen. En kvalitativ intervjumetod skulle ha kunnat användas för att besvara frågeställningen, men på grund av covid-19 pandemin och begränsad tid för detta arbete beslutade författaren att inte välja den metoden. En av fördelarna med systematiska är också att resultaten från studier genomförda i olika kontext och länder kan vägas samman, vilket ger en bättre bild. Systematisk litteraturstudie är en lämplig metod att använda för denna studie. SPICE/PICO-modellen användes som stöd för artikelsökningen. Detta är ett system som kan stödja författaren att hitta relevanta sökord samt ge överblick av inklusionen, se tabell 2.

Denna studie har använt artiklar som kommer från olika länder i världen. Tre artiklar kommer från Storbritannien, tre från USA samt en från Asien. Författaren riktade studien mot vård av patienter med CHF och samtidig depression på en medicinavdelning men har inte begränsat urvalet av studien till att bara vara utförda på medicinavdelning. Orsaken är att det vid sökningar visade sig att svaret som ska inhämtas för denna studie kommer mest från andra vård inriktningar än medicinavdelningen.

Inklusionskriterier är att artiklarna ska vara skrivna på antingen engelska. Författaren är medveten om att intressanta artiklar som är skrivna på andra språk riskerar att falla bort, vilket kan påverka studiens validitet. Valda artiklar skulle inte vara äldre än tio år och den äldsta inkluderade artikel är från 2011. Detta för att studien vill använda nyttillkomna forskningresultat inom ämnet för att kunna hitta det senaste om vård vid CHF och depression. Studien exkluderade artiklar som inte hade abstrakt, fri fulltext, var peer-reviewed samt som inte inriktar sig på huvudämnena.

Studiens vetenskapliga artiklar hittades i databaserna CINAHL och PubMed. Sökningarna påbörjades i PubMed med stora antal träffar men antalet minskades vid sökning i CINAHL. Anledningen är att samma sökblock använts och kombinerats för att undvika många onödiga artiklar då de redan fanns i PubMed. Antalen träffar minskades ännu mera vid kombination av olika sök-block och booleska logiksökningar vid avgränsning med filter, se bilaga 1.

Författaren försökte att förbise sin egen förförståelse inom studiens ämnen för att kunna inhämta ny kunskap och inte riskera att påverka studieresultatet. Författaren är medveten om att systematisk litteraturstudie bör utföras av minst två personer enligt Bettany-Saltikov & McSherry, (2016), för att undvika bedömningsbias. Kvalitetsgranskningen genomfördes genom överenskommelse med handledare och med stöd av mallarna från Joanna Briggs Institute för kvalitetsgranskningsvertyg (Jbi global, 2020), se bilaga 4. Olika mallar användes till att granska kvaliteten på olika forskningsartiklar med olika metoder. En fördel med dessa bedömningsmallar är att det finns versioner speciellt anpassade för olika metoder. Vilket minskar risken för felbedömningar på grund av att bedömningskriterierna inte riktigt passar. Två artiklar utav de nio studier som kvalitetsgranskades exkluderades. Den ena är en review artikel och den andra svarar inte på studiens syfte. Samtliga artiklar som gick vidare i studien bedömdes ha hög kvalitet enligt Jbi förutom en (Sykes & Simpson, 2011) som bedöms ha medelkvalitet, men resultatet av studien är ändå överförbart och svarar till problemområdet. Studien av Sykes & Simpson (2011), utfördes i Storbritannien och inkluderar enbart en deltagare, som belyser ett enskilt fall från en specifik mottagning. Detta minskar studiens reliabilitet och ses som en svaghet men den är inkluderad i studien trots att den bedöms ha medelkvalitet.

Resultatet för denna studie analyseras med induktiv innehållsanalys. Fler artiklar som används för studien har använt randomiserad kontrollstudie och resultatet presenteras med statistik. Författaren försöker att beskriva resultatet, färgkodar likheter i meningenheter och sammanställer dem till subkategorier och kategorier som sedan presenteras i resultatdelen. För att studien ska vara trovärdig tyckte jag att det är viktigt att tillräckligt beskriva fenomenet som undersöks för att ge läsaren bättre förståelse. Jag har angivit citat i resultatdelen för att förstärka resultaten då det ger läsaren en möjlighet att få förståelse för innehållet i studien.

Resultatdiskussion

Denna studie syftar till att genom en systematisk litteraturstudie undersöka vilka omvårdnadsinsatser som är effektiva för patienter med CHF och samtidig depression som vårdas inom somatisk vård, samt vad som kan förhindra att genomföra insatserna.

Det framkommer fyra olika kategorier under arbetet med studien; *Psykosocial vård, Personcentrerad vård, Information och utbildning samt Gynnsam arbetsmiljö.*

Att leva med CHF kan göra att patienten oroar sig och blir deprimerad på grund av oförutsägbarhet om sjukdomsförloppet. Olika studier har visat att denna grupp av patienter har tendens att insjukna samtidigt i depression. Detta är en form av lidande som överensstämmer med Travelbees omvårdnadsteori om mellanmänskliga dimensionen. Travelbee (1971) hävdar att det mänskliga lidandet är ett grundläggande fenomen som inte går att undvika. Hon påpekar vidare att lidandet går från övergående obehag till extremt lidande (Travelbee, 1971). De flesta drabbade patienter har svårt att acceptera situationen. Att hjälpa patienterna att förstå situationen genom att berätta hela förloppet kan bidra till egenvårdsvilja och hopp för patienterna. Problemet är att på grund av likheterna i symtom gällande CHF och depression kan dessa överlappa varandra och göra att sjukvårdspersonalen

bli förvirrad och dröjer med att sätta depressionsdiagnosen. Förekomsten av odiagnostiserad depression vid CHF kan medföra att grundsjukdomen blir svårbehandlad och patienten mår ännu sämre.

Studien visar att patienter med CHF och samtidig depression har stort behov av psykosocial vård. De flesta, som tidigare presenterats i bakgrunden, påverkas av negativa tankar relaterade till depression. De har svårt med behandlingsföljsamhet och tappar livslust.

I båda studier av Sykes & Simpson (2011) och Maeda et al. (2013) framkommer att socialt stöd och upplevd egenvårdsförmåga/delaktighet påvisas ha gett patienterna stöd att vilja fortsätta att leva. Studierna visar att genom interventioner ihållande att uppmuntra patienten att försöka utmana negativa tankar, att göra något intressant och att ändra någon livsstilvana, har patienterna fått möjligheter till egenvårdsförmåga och samtidigt delaktighet i sin egen behandling.

För att kunna vårda patienter med CHF är det viktigt att se dem som unika varelser och även om de presenterar samma symptom är upplevelserna fortfarande olika. Travelbee menar att vårdpersonalen därför inte bör bilda sig en felaktig uppfattning i förväg utan se patienten som en unik person. För att kunna vårda patienten med hjälp av erfarenhet från andra patienter som sjuksköterskan har mött i sitt vårdande, är det viktigt att förstå patientens situation och upplevelser (Travelbee, 1971). I studierna av Richards et al. (2018) och Wingham et al. (2015), visar författarna vikten av att vårda patienterna personcentrerat. Svensk sjuksköterskeförening (2020) framhåller att avgörande för en god vård är att valet av behandling utgår från patientens behov, förutsättningen och önskemål. Karlsson & Borg (2019) påpekar vikten av samarbete med patienten och påstår att helhetssyn på människan innebär att samarbete om förändring bygger på den andres erfarenheter av svårigheter. Författaren menar att personen har insikt om vad som kan medföra förändringar och vad som bör vara till hjälp (Karlsson & Borg, 2019).

Deltagarna i en av studierna visar tillfredsställelse med den helhetsvård som de får och tycker att den har underlättat återhämtningen från deras depression. I den andra studien gör sjuksköterskorna sin arbetsplan enligt patientperspektiv och specifika behov. Detta förstärker också patientens och anhörigas delaktighet och behandlingsföljsamhet (Richards et al., 2018; Wingham et al., 2015).

Studien lyfter behovet av att utbilda både patienten och anhöriga samt att kunna skapa en bra kommunikation. Travelbee framhåller att kommunikationen är ett viktigt redskap vid omvårdnaden, då kan tankar och känslor förmedlas. Sjuksköterskan kan uppnå sitt omvårdnadsmål och förstå patientens upplevelser, erfarenheter och lidandet som sjukdomen innebär om kommunikationen fungerar bra (Travelbee, 1971). Ett flertal av författarna beskriver hur information och utbildning kan bidra till att guida patienterna att göra livsförändringar (Graven et al., 2015; Wingham et al. 2015; Moon et al., 2018 & Blumenthal et al., 2019). Samtliga artiklar visar att telefonkontakter kan används för att vårda patienter hemifrån genom att ge råd om medicin och aktiviteter som kan hjälpa patienten att undvika upprepade sjukhusinläggningar. Det finns även personlig rådgivning, vårdplanering och undervisning som kan stödja anhöriga som vårdar patienten i hemmet och samtidigt hjälper patienten att vara följsam till behandling.

Patienter som lever med CHF och samtidigt drabbas av depression kan vara i stort behov av psykosociala interventioner vid hjärtrehabilitering. Richards et al. (2018) visar att

hjärtavdelningar som vårdar patienterna inte har tillräckligt med resurser avseende vårdpersonal med mera för att genomföra de omvårdnadsåtgärder som krävs. Richards et al. (2018) poängterar vidare att sjuksköterskor som vårdar dessa patienter är beredda att vidareutbilda sig för att tillskansa sig de färdigheter som krävs för att kunna ge rätt vård till patienterna. Att ge psykosocial behandling i samband med hjärtrehabilitering kan kräva mycket tid, vilket sjuksköterskor uppger inte är praktiskt möjligt i nuläget på grund av deras arbetsbelastning. Författaren ser detta som ett hinder för möjligheten att kunna vårda berörda patienter psykiskt.

Slutsatser och implikationer

Depression är en vanligt förekommande vid kronisk hjärtsvikt, vilket kan påverka grundsjukdomens behandlingsprognos. För att förebygga försämringar och återfall samt undvika upprepade sjukhusinläggningar, bör sjuksköterskan som tar hand om dessa patienter kunna upptäcka tidiga tecken på depression hos patienter med CHF, särskilt vid sjukhusinläggning.

Samtliga artiklar i denna studie anser att "*patientens självbestämmande*" ligger centralt för vård av patienter med kronisk hjärtsvikt och samtidigt depression. För att sjuksköterskan ska kunna ge bästa möjliga omvårdnaden till dessa patienter har denna studie identifierat fyra kategorier; *psykosocial vård, personcentrerad vård, information och utbildning samt gynnsam arbetsmiljö*. Detta betyder att sjuksköterskan som arbetar inom somatisk vård bör kunna utföra omvårdnad som är inriktad mot att stärka patientens egen förmåga vilket i sin tur ska möjliggöra behandlingsföljksamhet även utanför sjukhuset.

Detta kräver mycket arbetstid, kunskaper och kompetens av sjuksköterskan som arbetar med dessa patienter. För att kunna tillhandahålla den vård som denna studieslutsats visar på har författaren följande synpunkter på viktiga områden att utveckla;

- Sjukhusledningsinsatser med tillräcklig bemanning.
- Sjuksköterskevidareutbildning.
- Samarbete med vårdcentralen, psykiatrivård och kommunen.

Vidare forskning behövs för att kunna utarbeta riktlinjer för vård vid kronisk hjärtsvikt i samband med depression.

REFERENSER

Agvall, B., & AstraZeneca. (2010). Hjärtsvikt i primärvården (Ny, uppdaterad utg.] ed.). Södertälje: AstraZeneca.

Berntsson, A & Nornholm, M. (12 oktober 2017). *Medicinsk översikt om depression*. Hämtad 2020-11-23 från <https://www.netdoktorpro.se/psykiatri/medicinska-oversikter/depression/>.

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide*. (2. ed.) London: McGraw-Hill Education/Open University Press.

Blumenthal, J., Zhu, Y., Koch, G., Smith, P., Watkins, L., Hinderliter, A., . . . Sherwood, A. (2019). *The Modifying Effects of Social Support on Psychological Outcomes in Patients with*

Heart Failure. Health Psychology, 38(6), 502-508. doi: 10.1037/hea0000716. Epub 2019 Apr 18.

Boots, A. (2006). SPICE framework for defining research questions. Hämtad 2020-10-02 från <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/326>.

Carney, R., Freedland, K., Stein, P., Miller, G., Steinmeyer, B., Rich, M., & Duntley, S. (2007). *Heart rate variability and markers of inflammation and coagulation in depressed patients with coronary heart disease*. Journal of Psychosomatic Research, 62(4), 463-467. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.12.004.

Chapa, D.W., Akintade, B., Son, H., Woltz, P., Hunt, D., Friedmann, E., Hartung, M.K., & Thomas, S.A. (2014). *Pathophysiological Relationship Between Heart Failure and Anxiety*. Critical Care Nurse (CRIT CARE NURSE), Apr2014; 34(2): 14-25. (12p). doi:10.4037/ccn2014938.

Cöster, H. (2014) *Forskningsetik och ömsesidighet -vård omsorg och skola*. Stockholm: Liber AB.

Dahlström, U., Kechagias, S. & Stenke, L. (red.) (2011). *Internmedicin*. (5., [omarb.] uppl.) Stockholm: Liber.

Doorenbos, A., Levy, W., Curtis, J., & Dougherty, C. (2016). *An Intervention to Enhance Goals-of-Care Communication Between Heart Failure Patients and Heart Failure Providers*. Journal of Pain and Symptom Management, 52(3), 353-360. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.03.018

Graven, L., Grant, J., Vance, D., Pryor, E., Grubbs, L., & Karioth, S. (2015). *Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure*. American Journal of Health Behavior, 39(1), 77-87. doi: 10.5993/AJHB.39.1.9.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitative metod. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 111-119). Studentlitteratur.

Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews*. Hämtad 2020-10-19 från (<https://joannabriggs.org/critical-apraisal-tools>).

Karlsson, B., & Borg, Marit. (2019). Recovery – med stort R. I L.Wiklund Gustin, (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå*. (3: e uppl., s. 77). Studentlitteratur.

Maeda, U., Shen, B., Schwarz, E., Farrell, R., & Mallon, K. (2013). *Self-Efficacy Mediates the Associations of Social Support and Depression with Treatment Adherence in Heart Failure Patients*. International Journal of Behavioral Medicine, 20(1), 88-96. doi: 10.1007/s12529-011-9215-0.

Mastrogiannis, D., Giamouzis, G., Dardiotis, E., Karayannis, G., Chroub-Papavaïou, A., Kremeti, D., . . . Triposkiadis, F. (2012). *Depression in patients with cardiovascular disease*. *Cardiology Research and Practice*, 2012(1), 794762. doi: 10.1155/2012/794762.

Moon, M., Yim, J., & Jeon, M. (2018). *The Effect of a Telephone-Based Self-management Program Led by Nurses on Self-care Behavior, Biological Index for Cardiac Function, and Depression in Ambulatory Heart Failure Patients*. *Asian Nursing Research*, 12(4), 251-257. doi: 10.1016/j.anr.2018.10.001. Epub 2018 Oct 6.

Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2016). *Förstämmningssyndrom*. I J. Herlofson, L.Ekselius, A.Lundin. (red.). *Psykiatri*. (Upplaga 2). Lund: Studentlitteratur. S.299-338.

Persson, H & Eriksson, B. (9 juli 2015). *Hjärtsvikt/läkemedelsboken*. Hämtad: 2020-10-05 från <https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hjartsvikt.html>).

Pérez-garcía, A., Oliván, S., & Bover, R. (2014). *Subjective Well-being in Heart Failure Patients: Influence of Coping and Depressive Symptoms*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 258-65. doi: 10.1007/s12529-013-9311-4.

Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). *Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 3-11. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x.

Richards, Suzanne H, Dickens, Chris, Anderson, Rob, Richards, David A, Taylor, Rod S, Ukoumunne, Obioha C, . . . Campbell, John. (2018). *Assessing the effectiveness of Enhanced Psychological Care for patients with depressive symptoms attending cardiac rehabilitation compared with treatment as usual (CADENCE): A pilot cluster randomised controlled trial*. *Trials*, 19(1), 211. doi: 10.1186/s13063-018-2576-9.

Rienecker, L. & Stray Jörgensen, P. (2017). *Att skriva en bra uppsats*. (4: e. uppl.). Stockholm: Liber.

Riksförbundet HjärtLung. (2019). *Hjärtsvikt hos unga*. Hämtad 2020-10-02 från <https://www.hjart-lung.se/vart-arbete/tidningen-status/artiklar/hjartsvikt-hos-unga-har-blivit-vanligare/>

Rosenqvist, M. & Tornvall, P. (red.) (2012). *Hjärtat*. Stockholm: Karolinska institutet University Press. S.59-68.

Ryan, C., Bierle, R., & Vuckovic, K. (2019). *The Three Rs for Preventing Heart Failure Readmission: Review, Reassess, and Reeducate*. *Critical Care Nurse*, 39(2), 85-93. doi: 10.4037/ccn2019345.

Shenton, A.K., (2004). *Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects*: *Education for information*, 22(2), 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201.

Sherwood, G. & Barnsteiner, J. (red.) (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex*

grundläggande kärnkompetenser. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2018). *Stöd för styrning och ledning.* Hämtad: 2020-10-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/hjartsjukvard/>.

Socialstyrelsen (2020). *Stöd för styrning och ledning.* Hämtad: 2020-11-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>

Stubberud, D. (red.) (2015). *Psykosociala behov vid akut och kritisk sjukdom.* (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur. (S.85).

Svensk Sjuksköterskeförening. (2020). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* Hämtad 2021-01-15 från <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>.

Sykes, C., & Simpson, S. (2011). *Managing the psychosocial aspects of heart failure: A case study.* *British Journal of Nursing*, 20(5), 272-279. doi: 10.12968/bjon.2011.20.5.272.

Thornhill, K., Lyons, A., Nouwen, A., & Lip, G. (2008). *Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study.* *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 155-175. doi: 10.1348/135910706X170983.

Travelbee, J., (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing.* 2nd Ed. Philadelphia: F. A. Davis. s.26–85,163.

Wingham, J., Frost, J., Britten, N., Jolly, K., Greaves, C., Abraham, C., & Dalal, H. (2015). *Needs of caregivers in heart failure management: A qualitative study.* *Chronic Illness*, 11(4), 304-319. doi: 10.1177/1742395315574765. Epub 2015 Mar 19.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed.* Hämtad 2020-10-20 från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf.

Förkortningslista

ACB	Kranskärlsoperation -bypass operation
ACE-hämmare	(Angiotensin-converting-enzyme inhibitors)
ARB	(Angiotensinreceptors-blockare).
BDI	Becks depression inventory
CHF	(Chronic heart failure) Kronisk hjärtsvikt.
CRT-D	(Cardiac resynchronization therapy) Hjärtsviktspace-maker
CST	Coping skill training
CVD	Cardiovascular disease (Hjärtkärlsjukdom)
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorder.

EKG	Electrocardiogram
EPC	Enhanced psychosocial care.
HADS	Hospital anxiety and depression.
HDRS	(Hamilton depression rating scale)
HF	Heart Failure (Hjärtsvikt).
ICD	Implantable cardiovascular defibrillator (Implanterbar defibrillator).
KBT	Kognitiv beteendeterapi
MADRS	Montgomery-Åsberg depressionsskattningsskala
NT-pro BNP	(Brain natriuretic peptide)
NYHA	(New York Heart Association)
PCI	(Percutaneous coronary intervention)
PHQ	Patient health questionnaire
QOL	Quality of life
RCT	Randomised controlled trial
SSRI	Selektiva serotoninåterupptagshämmare
SNRI	Selektiva serotonin -och noradrenalinåterupptagshämmare
TCA	Tricykliska antidepressiva
UC	Usual care

Bilagor

BILAGA 1

Sökningsförfarande

Databaserna & Datum		Sök-block	Filter	Antal träffar	Manuell granskning
PubMed 20-10-06	#1	Nurse-Patient Relations OR Attitude of Health Personnel OR Nurse Attitudes OR Nurse's Roll OR "nurse's experience" OR "Nursing Role" OR Social support OR Patient-Centred Care OR Cardiovascular Nursing OR Nursing, Cardiovascular OR Coronary Care Nursing OR Cardiac Care Nursing OR Cardiac Nursing OR Nursing	English, abstract	800,870	

		Specialties OR Nursing Specialty			
PubMed 20-10-06	#2	Heart Failure OR “Cardiac Failure OR “Congestive Heart Failure” OR Myocardial Failure” OR “Heart Decompensation” OR Heart Failure OR, Right-Sided OR “Heart Failure, Left-Sided”	English, abstract	279,035	
PubMed 20-10-06	#3	Depression OR Depressions OR “Depressive Symptoms” OR Mood Disorders OR “Affective Disorders”	English, abstract	546,107	
PubMed 20-10-06	#4	“coronary care unit”	English, abstract	1,536	
PubMed 20-10-06		#1 AND #2 AND #3 AND #4	English, abstract	1	
PubMed 20-10-06		#1 AND #2 AND #3	English, abstract	705	
PubMed 20-10-06		#1 AND #2 AND #3	English, abstract, fritext, 10 years old	233	Abstract (57) full text (10) kvalitetsgranskning (5) Vald (3)
CINAHL 20-10-06		#1 AND #2 AND #3	English, abstract	74	
CINAHL 20-10-06		#1 AND #2 AND #3	English, abstract, fritext, 10 years old	27	Abstract (23) Full text (9) Kvalitetsgranskning (4) Vald (4)

BILAGA 2.

Exkluderade artiklar (n=12)

Referens	Exklussionsorsak
Bekelman, D. B., et al. (2017)	Svarar inte på syftet
Effect of collaborative care intervention vs usual care on health status on patients with chronic heart failure.	
Doorenbos, A. Z., et al. (2016)	Svarar inte på syftet
An intervention to enhance goals-of-communication between heart failure patients and the heart failure providers.	
Gu, G., et al. (2016)	Svarar inte på syftet; inriktar sig inte mot huvudämnen.
Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment.	
Kalter-Leibovici, O., et al. (2017)	Svarar inte på syftet
Disease management in the treatment of patients with chronic heart failure who have universal access to health care.	
Hiriscau, E. L., et al. (2019)	Reviewartikel
Role of depression and anxiety in frail patients with heart failure	
Machado, M. O., et al. (2018)	Reviewartikel
Association of depression and all -cause and cause- specific mortality.	
Uchmanowicz, I., et al. (2015)	Svarar inte på syftet; Inriktar sig inte mot huvudämnen
The relationship between frailty, anxiety and depression, health-related quality of life in the elderly patients with heart failure.	
Subjective well-being in heart failure patients: influence of coping and depressive symptoms.	
Atun, R., et al. (2016)	Svarar inte på syftet
Shifting chronic disease management from hospitals to primary care in Estonian health system.	

Shen, B-J., et al. (2017)	Svarar inte på syftet
Psychosocial and physiological predictors of mortality in patients with heart failure: independent effects of marital status and C-reactive protein.	
Ryan, C. J., et al. (2019)	Svarar inte på syftet; Reviewartikel.
The three Rs for preventing Heart Failure Readmission: Review, Reassess, and Reeducate.	
Grigorovich, A., et al. (2016)	
A longitudinal view of factors that influence the emotional well-being of a family caregiver to individuals with heart failure.	Svarar inte på syftet

BILAGA 3.

Sammanfattning av inkluderade artiklar

Författare, År, Land, Titel	Syfte	Design, Metod, Urval, Analysmetod	Resultat	Kvalitet
Sykes, 2011, Storbritannien. "Managing the psychosocial aspects of heart failure: A case study of a brief intervention designed to help heart failure patients"	Artikeln beskriver en kort psykologisk intervention som kan vara till nytta för hjärtsviktspatienter med depression som troligen orsakas av hjärtsvikt.	En Fallstudie. Ett manuellt tillvägagångssätt antogs med hjälp av randomiserad väntelista kontrollförsök. 12 hjärtsviktspatienter valdes, bara 1 patient inkluderades i studien. Analyseras enligt HADS, Cope-poäng, självrapporter från både patienten och sjuksköterskan, före och efter interventionen.	Resultatet visar en markant förbättring av depression hos patienten även under en kort uppföljningsperiod	Medel

<p>Richards, 2018, Storbritannien.</p> <p><i>“Assessing the effectiveness of enhanced psychosocial care (EPC), for patients with depressive symptoms attending cardiac rehabilitation compared with treatment as usual (CADENCE): A pilot cluster randomised controlled trial”</i></p>	<p>Att testa de metoder och förfaranden som krävs för att genomföra en fullständig utvärdering av den kliniska effektiviteten och kostnadseffektiviteten för att genomföra förbättrad psykologisk vård för patienter med nya depressiva symtom som använder hjärtrehabilitering jämfört med behandling som vanligt</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie (RCT).</p> <p>Urvalet var randomiserat.</p> <p>Åtta team av sjuksköterskor rekryterades för att leverera omfattande hjärtrehabilitering till antingen interventionen (EPC) eller vanlig vård (UC) mellan fem och åtta månader.</p> <p>statistisk analys utförd av en statistiker som var blind för behandlingen.</p>	<p>Resultatet visar att hjärtsjuksköterskor kan utbildas för att leverera EPC men begränsningen är organisation och arbetsbelastningen</p>	<p>Medel</p>
<p>Blumenthal, 2019, USA.</p> <p><i>” Modifying the effects of social support on psychological outcomes in patients with heart failure”</i></p>	<p>Att undersöka de modifierande effekterna av socialt stöd på depressiva symtom och hälsorelaterad livskvalitet (QOL) hos patienter som får utbildning i hanteringsförmåga (CST)</p>	<p>Randomiserade kontrollerade försök (RCT)</p> <p>Slumpmässig fördelning till interventionsgruppen</p> <p>179 hjärtsviktpatienter inkluderade genom randomisering</p>	<p>Resultatet visar att träningsgruppen för hanteringsförmåga (coping skill training) CST uppvisade signifikant förbättring jämfört med gruppen för hjärtsviktskola.</p>	<p>Medel</p>
<p>Graven, 2015, Florida.</p> <p><i>” Predicting Depressive</i></p>	<p>Att undersöka sambandet mellan hjärtsvikts fysiska symtom, socialt stöd och problemlösning,</p>	<p>Tvärsnittsstudie, med beskrivande design.</p>	<p>Resultaten illustrerar vikten av adekvat socialt stöd som en hanteringsresurs för att</p>	<p>Hög</p>

<p><i>Symptoms and Self-care in Patients with Heart Failure”</i></p>	<p>depressiva symtom och egenvård hos hjärtsvikt som behandlas polikliniskt.</p>	<p>201 patienter rekryterade via epost och flygblad, intresserade patienter kontaktade den primära utredaren och gick igenom processen för inklusionskriterier</p> <p>Statistisk programvara används för att analysera data.</p>	<p>upprätthålla god egenvård</p>	
<p>Moon, 2018, Asien</p> <p><i>” The Effect of a Telephone-Based Self-management program Led by Nurses on Self-care behaviour, Biological Index for Cardiac Function, and Depression in ambulatory Heart Failure Patients”</i></p>	<p>Att undersöka effekten av ett telefonbaserat självhanteringsprogram som leds av sjuksköterskor på egenvårdens beteende, biologiska index för hjärtfunktion och depression hos ambulerande hjärtsviktpatienter</p>	<p>kvasi-experimentell studie.</p> <p>Ingen motsvarande kontrollgrupp med ingen synkroniserad design</p> <p>38 hjärtsviktpatienter valdes; 18 till interventions grupp och 20 till kontrollgruppen</p> <p>Deskriptiv analys används.</p>	<p>Deltagare i experimentella gruppen visar signifikant ökad poäng för egenvårdens beteende, minskade N-terminala pro-hjärnans natriuretiska peptidnivå, förbättrade värden för vänster ventrikulär ejektionsfraktion och minskade depression poäng jämfört med kontrollgruppen</p>	<p>Hög</p>
<p>Wingham, 2015, Storbritannien</p> <p><i>” Needs of caregivers in heart failure management: A qualitative study”</i></p>	<p>Att identifiera behoven hos vårdgivare som stödjer en person med hjärtsvikt och att utveckla en informerad vårdresurs som används som en del av ett hembaserat självhanteringsprogram.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semi-strukturerad intervju</p> <p>26 deltagare intervjuades individuellt</p> <p>Tematisk analys</p>	<p>Tre stora behov av informell vårdgivare som stödjer en person med hjärtsvikt, såsom; behov för att stödja hantering med hjärtsvikt, behov av att utveckla färdigheter för att genomföra svåra diskussioner och</p>	<p>Hög</p>

			behov av färdigheter för att delta i socialt stöd identifierades	
Maeda, 2013, USA. <i>” Self-Efficacy Mediates the Associations of Social Support and Depression with Treatment Adherence in Heart Failure Patients”</i>	Att undersöka om interaktionen mellan självförmåga, socialt stöd och depression har en relation till behandlingsföljsamhet.	En kvalitativ studie Semistrukturerade intervjuer samt frågeformulär användes för att erhålla data 252 deltagare rekryterade i studien.	Hierarkisk multipel regressionsanalys användes för att undersöka om socialt stöd och depression var förknippat med behandlingsföljsamhet.	Hög

BILAGA 4.

Kvalitetsgranskningsmall JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST. RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer Merit Chidison Date 20201019

Author Sykes, et al. Year 2011 Record Number (20(5):272-279.5p)

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Were participants analysed in the groups to which they were randomized? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Were outcomes measured in a reliable way? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Was appropriate statistical analysis used? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer Merit Chidison Date 20201020

Author Richards, et al. Year 2018 Record Number (10.1186/s13063-018-2576-9)

- | | Yes | No | Unclear | NA |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Was allocation to treatment groups concealed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Were treatment groups similar at the baseline? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Were participants blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Were participants analysed in the groups to which they were randomized? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Were outcomes measured in a reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer Merit Chidison Date 20201020

Author Blumenthal, et al. Year 2019 Record Number 10.1037/hea0000716

- | | Yes | No | Unclear | NA |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 2. Was allocation to treatment groups concealed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Were treatment groups similar at the baseline? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were participants blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Were participants analysed in the groups to which they were randomized? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Were outcomes measured in a reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANALYTICAL CROSS-SECTIONAL STUDIES

Reviewer Merit Chidison Date 20201020

Author Graven, et al. Year 2015 Record Number 10.5993/AJHB.39.1.9

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer Merit Chidison Date 20201020

Author Moon, et al. Year 2018 Record Number 10.1016/j.anr.2018.10.001

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the ‘cause’ and what is the ‘effect’ (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Was there a control group? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Were outcomes measured in a reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ove all appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer Merit Chidison Date 20201020

Author Wingham, et al. Year 2015 Record Number 10.1177/1742395315574765

- | | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Are participants, and their voices, adequately represented? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer Merit Chidison Date 20201020

Author Maeda, et al. Year 2013 Record Number 10.1007/s12529-011-9215-0

- | | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?
8. Are participants, and their voices, adequately represented?
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

BILAGA 5.

Dataextraktion och analys

Tabell för dataanalys

Artiklar ämne	Meningsenhet	kod(färg)	underkategori	kategori
<i>Managing the psychosocial aspects of heart failure: A case study of</i>	1a. Den negativa tankar; ”mina vänner vill inte känna mig” identifierades. Tanken omformulerades till ”Jag har inga bevis för att mina vänner inte	1a. Gul	Gul: 1a, 2b, 4a, 6a & 7a	Stödsamtal

<p><i>a brief intervention designed to help heart failure patients</i></p>	<p>vill känna mig” Patienten gick med och börjar ringa sina vänner och diskutera öppet hans tillstånd. b. Lägga upp ett plan att återuppta bortsatt vanliga aktiviteter, börjar anteckningar om känslan och reflekterar över positiva saker. c. Plan för ändringar i livsstil vanor såsom mat och sömnen.</p>	<p>1b. Grön 1c. Grön</p>	<p>Grön: 1b & 1c</p>	<p>Självförmåga Delaktighet Självförmåga</p>
<p><i>Assessing effectiveness of enhanced psychological care of patients with depressive symptoms attending cardiac rehabilitation compared with treatment as usual (CANENCE).</i></p>	<p>2a. Studie visar att deltagarna betraktade personliga dedikerad sjukskötersketid för att ta itu med psykologiska frågor som något viktigt för att hjälpa de att uppnå snabb återhämtning från depressionen. b. Medan vissa patienter identifierar och uppskattar det holistiska tillvägagångssättet för vård, fick vissa inte möjlighet till EPC på grund av sjuksköterskans arbetsbelastning. Metoden för att leverera EPC-intervention bör dock skraddarsys efter individens behov.</p>	<p>2a. Orange 2b. Gul 2c. Orange 2d. Blå 2e. Lila</p>	<p>Orange: 2a & 2c Tidsbrist Arbetsbelastning</p>	<p>Personcentrerad vård Stödsamtal Personcentrerad vård Att anpassa samtalet till patientens behov</p>

			Lila: 2e	
<i>Modifying the effects of social support and psychological outcome in patients with heart failure</i>	3a. Studien visar att deltagarna som fick träna sig i hanteringsförmåga (CST) via telefon visade en markant förbättring av hälsorelaterad livskvalitet och minskning av depressiva symtom	3a. Röd		Patientens utbildning Patienten delaktighet E-hälsa
<i>Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure</i>	Studien belyser det att socialt stöd vid hjärtsvikt förmedlar effekterna av symtoms svårighetsgrad och därmed minskar risken för depressiva symtom	4a. Gul		Socialstöd
<i>The effect of a telephone-based management care led by nurses on a self-care behaviour, biological index for cardiac</i>	Jämfört med kontrollgruppen, resultatet visar att experimentella gruppen på vilken telefonbaserad självhantering tillämpades har signifikant minskning av depressiva symtom.	5a. Röd		Kommunikationsförmåga
<i>Needs of caregivers in heart failure management</i>	Studien belyser behovet av att involvera patientens anhöriga i vård av hjärtsviktpatienter , särskilt när patienten planeras hem med ett självhanteringsprogram.	6a. Gul		Informell vårdgivare Socialstöd
<i>Self-efficacy mediates the association of social</i>	Resultaten antyder att självförmåga är en avgörande kognitiv mekanism genom	7a. Gul		Självförmåga socialstöd

<i>support and depression with treatment adherence in heart failure</i>	vilket socialt stöd och depression kan påverka vidhäftningsbeteendet.			
---	---	--	--	--

Dataanalys (Forts).

Kod(färg)	Likheter	underkategorier	kategorier
Gul (1a,2b, 4a,7a)	-Tanken omformulerades till "Jag har inga bevis för att mina vänner inte vill känna mig" -psykologiska frågor som något viktigt för att hjälpa dem att uppnå snabb återhämtning från depressionen. -socialt stöd vid hjärtsvikt förmedlar effekterna av symtomen svårighetsgrad -självförmåga är en avgörande kognitiv mekanism.	-Stödsamtal/ Socialstöd -Självförmåga**	Psykosocialt stöd
Orange (2a, 2c)	-personliga dedikerad sjukskötersketid -holistiska tillvägagångssättet för vård	-Att ge tillräckligt med tid* för vård av patienten. -Helhet och patientnära vård	Personcentrerad** vård
Röd (3a, 5a,6a)	-deltagarna som fick träna sig i hanteringsförmåga (CST) via telefon visade en markant förbättring -telefonbaserad självhantering tillämpades - behovet av att involvera patientens anhöriga i vård av hjärtsviktspatienter.	Patientens utbildning Patienten delaktighet** E-hälsa* Kommunikationsförmåga Anhöriga utbildning (Informell vårdgivare)	Information och undervisning
Grön (1b, 1c)	-Plan att återuppta bortsatt vanliga aktiviteter,	Självförmåga** Patienten delaktighet**	Patientens egenvårdsförmåga

	-Plan för ändringar i livsstil		
Lila(2e)	-intervention bör dock skraddarsys efter individens behov.	Att anpassa samtalet till patientens behov*	Personcentrerad** vård
Blå(2d)	-Sjuksköterskans arbetsbelastning.	Tidsbrist Arbetsbelastning	Gynnsam arbetsmiljö

Observera att ordet eller fraser med (*) betyder samma som redan finns med i resultat och (***) betyder att det är dubbelt!

