



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Pasienterfaringar med hjerterehabilitering

Patients' experiences of cardiac rehabilitation

Kandidatnummer: 459

Bachelorutdanning i sjukepleie SK152

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 7. juni 2022

Antal ord: 7997

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Pasienterfaringar med hjerterehabilitering.

Bakgrunn for val av tema: Hjerter- og karsjukdom er ein av dei vanlegaste dødsårsakane i Noreg. Hjerterehabilitering er eit viktig behandlingsopplegg for pasientar som har opplevd hjerteinfarkt. Pasienterfaringane er relevante for sjukepleiarar slik at vi kan identifisere utfordringar som oppstår i rehabiliteringa. På denne måten kan ein utvikle eit betre rehabiliteringstilbod, og forstå kva som motiverer til deltaking.

Problemstilling: «Kva erfaringar har pasientar med deltaking i hjerterehabilitering?»

Metode: Oppgåva er basert på ein litteraturstudie som metode, der ein nyttar allereie eksisterande fag- og forskingslitteratur. Det vert presentert fem kvalitative forskingsartiklar og éin fagartikkel.

Funn: Forskings- og faglitteratur viser at pasientar som deltok i hjerterehabilitering opplevde det som nyttig og verdifullt. Funna beskriv at støtte og motivasjon frå helsepersonell, pårørende og andre deltakarar var viktig. Det gav styrke og motivasjon til å fortsette rehabiliteringa og livsstilsending. Mange pasientar opplev angst og utrygghet etter eit hjerteinfarkt, og dette kan vere ein faktor for å ikkje delta i rehabilitering. Mangelfull individuell tilpassing, vanskar med å tilpasse seg livsstilsending og manglande sosial støtte påverka pasientane som ikkje deltok i rehabilitering.

Konklusjon: Hjerterehabilitering bør gjennomførast med ein individuell tilpassing, der ein tek hensyn til pasientane sine behov. Informasjon og oppfølging frå sjukepleiar, og andre helsepersonell i rehabiliteringa, er viktig for å gjennomføre ei livsstilsending. Det kan sjå ut som det er behov for sosial støtte til pasientane då det kan vere avgjerande for å gjennomføre rehabiliteringa.

Nøkkelord: Pasienterfaringar, hjerterehabilitering, hjerteinfarkt, brukarmedverknad, mestring

Abstract

Title: Patients' experiences of cardiac rehabilitation.

Introduction: Cardiovascular disease is one of the most common causes of death in Norway. Cardiac rehabilitation is an important treatment program for patients who have experienced a myocardial infarction. Patients experiences are relevant for nurses so that we can identify challenges that arise in rehabilitation. In this way, one can further develop a better rehabilitation offer, and understand what motivates participation.

Aim: *«What experiences do patients have with participation in cardiac rehabilitation?»*

Method: In this thesis, literature study is used as method. It means that existing literature is used, such as theory and research articles. Five qualitative research articles and one professional article will be presented.

Result: Research and professional literature shows that patients who participated in cardiac rehabilitation experienced it as useful and valuable. The findings describe that support and motivation from health professionals, relatives and other participants was important. It gave strength and motivation to continue the rehabilitation. Many patients experience anxiety and insecurity after myocardial infarction, that was a crucial factor in participating in rehabilitation. Inadequate individual adaptation, difficulties in adaption to lifestyle changes and lack of social support affected patients who did not participate in rehabilitation.

Summary: Cardiac rehabilitation should be carried out with an individual adaptation, taking into account the patients' needs. Information and follow-up from nurses and other healthcare workers in rehabilitation, is important for implementing a lifestyle change. It may seem that there is a need for social support for patients as it can be crucial to continue the rehabilitation.

Keywords: Patient experience, cardiac rehabilitation, myocardial infarction, empowerment, coping

Innholdsliste

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensning og presisering av oppgåva	2
2. Teori	2
2.1 Kva er hjerteinfarkt?.....	2
2.2 Hjerterehabilitering	4
2.3 Brukarmedverknad og mestring.....	5
2.4 Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon.....	6
3. Metode	7
3.1 Litteraturstudie.....	7
3.2 Litteratursøk	8
3.3 Kjeldekritikk	9
4. Presentasjon av fag- og forskingsartiklar	10
4.1 Artikkel 1.....	10
4.2 Artikkel 2.....	11
4.3 Artikkel 3.....	12
4.4 Artikkel 4.....	12
4.5 Artikkel 5.....	13
4.6 Artikkel 6.....	14
4.7 Samanfating av artiklane	14
5. Drøfting	15
5.1 Tilbod om hjerterehabilitering.....	15
5.2 Hjerterehabilitering på godt og vondt	17
5.3 Motivasjon og støtte frå pårørnde og helsepersonell.....	21
6. Konklusjon	24
7. Referanseliste	26
Vedlegg 1	30

Innholdsliste tabellar

Tabell 1 Søkord.....	9
Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriteriar.....	9

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn for val av tema

Hjerte- og karsjukdommar er ein av dei vanlegaste dødsårsakane i Noreg. Dette er ei pasientgruppe som sjukepleiarar vil møte både i primær- og spesialisthelsetenesta (Eikeland et al., 2016). Det blei registrert 13 460 pasientar med diagnosen akutt hjerteinfarkt i 2020 (Folkehelseinstituttet, 2021). Sannsynet for overleving etter behandling av hjerteinfarkt i sjukehus er gradvis forbetra over fleire år på grunn av teknologi og betre medisinsk behandling (Helsedirektoratet, 2020). I den samanheng er det relevant å undersøke kva erfaringar pasientar har med deltaking i hjerterehabilitering.

I løpet av sjukepleiarutdanninga, og i praksis ved medisinsk poliklinikk, har eg fått erfaring med pasientar som får behandling i forbindelse med hjerteinfarkt. I tillegg kjenner eg til personar som strevar med å gjenvinne kontroll over eigen kropp og mestring av kvardagen etter eit hjerteinfarkt. Eit hjerteinfarkt oppstår ofte akutt og utan forvarsel, noko som kan opplevast som skremmande og truande. Pasienten kan ha bekymring for framtida og leve med ein konstant frykt for å dø (Eikeland et al., 2016, s. 245). Ein viktig del av behandlinga er hjerterehabilitering med fokus på livsstilsendring, betre funksjon, livskvalitet og hemme vidare sjukdomsutvikling (Mæland, 2006, s. 15; Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423). For å vidareutvikle og forbetre rehabiliteringstilbodet må vi som sjukepleiarar vere nysgjerrig på pasienterfaringane. Vi må også kjenne til retningslinjer, både nasjonale og internasjonale, som gir føringar for korleis tenestene skal organiserast.

1.2 Problemstilling

Hensikta med oppgåva er å finne ut kva for erfaringar pasientar har med deltaking i hjerterehabilitering, og korleis dei opplev rehabiliteringsfasen i etterkant av eit hjerteinfarkt. På denne måten kan vi sjå korleis sjukepleiarar kan arbeide for å gi tilstrekkeleg oppfølging av denne pasientgruppa. På bakgrunn av dette har eg valt problemstillinga: «*Kva erfaringar har pasientar med deltaking i hjerterehabilitering?*»

1.3 Avgrensing og presisering av oppgåva

Pasientgruppa er vaksne hjerterehabiliteringspasientar, over 18 år, som har gjennomgått eit hjerteinfarkt. Det kjem fram i forskingsartiklar at det også er pasientar med ulike hjertesjukdommar som deltek i hjerterehabilitering. I hovudsak har oppgåva artiklar som omhandlar fysisk deltaking, men eg har valt å inkludere ein artikkel som omhandlar digital hjerterehabilitering. Begge kjønn er inkludert i oppgåva, sjølv om det kan vere forskjellar mellom symptom og sjukdomsforløp. Definisjonen «pasient» brukast gjennom oppgåva, ettersom alle personar som mottok helsehjelp blir definert som pasientar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1a). Hjerterehabilitering er inndelt i ulike fasar, og første fase startar allereie under sjukehusinnlegginga i den akutte fasen. I denne oppgåva har eg valt å avgrense til fase II og fase III som oftast er 2-6 månader etter utskriving frå sjukehus (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 424).

2. Teori

I denne delen av oppgåva skal eg belyse teori knytt til hjerteinfarkt og hjerterehabilitering. Vidare skal eg presentere brukarmedverknad og mestring i forhold til rehabilitering, samt kva pedagogisk funksjon sjukepleiaren har.

2.1 Kva er hjerteinfarkt?

Hjerteinfarkt (myokardinfarkt) er ein sirkulasjonsforstyrning, som oppstår når ein koronararterie tilstoppast av ein trombose (blodpropp) i ein forkalka og forsnevra koronararterie. Ein slik trombose blir utløyst av eit aterosklerotisk plakk i koronararterien som plutsleg bristar. Hjerteinfarkt vil ramme eit større eller mindre område av hjertemuskulaturen, avhengig av kor denne trombosen dannast og om den tettar koronararterien heilt igjen eller ikkje. Det kan også ha innverknad på utvikling av seinskadar som til dømes hjertesvikt (Mæland, 2006, s. 23). Dersom blodtilførselen er tilstoppa for lenge, dør vevet som ikkje får tilført oksygen. Dette fører til akutt celledød av

hjertermuskelceller og nekroseutvikling i vevet, og kan i verste fall forårsake død (Eikeland et al., 2016, s. 243).

Typiske symptom på hjerteinfarkt er smerter i brystet, som kjennast trykkande. Ubehaget kan stråle ut til éin eller begge armar (typisk venstre side), hals og underkjeve, øvst i mageregion og rygg. Smertene kan komme og gå eller vedvare, ein er ofte kvalm og har brekningar. Ein kan kaldsvette og bli kortpusta (Mæland, 2006, s. 23). Hjerteinfarkt går under samlebegrepet akutt koronarsyndrom, og diagnosen stillast ved at legen vurderer pasientens symptom på iskemi (nedsatt blodtilførsel), EKG og biokjemiske hjertermarkørar (troponin). Kvinner har ofte atypiske symptom ved hjerteinfarkt, noko som kan føre til at kvinner kan få dårlegare og for sein behandling (Ellingsen, 2016, s. 63).

Den akutte behandlinga tek sikte på å lindre smertene og behandle, samt førebyggje komplikasjonar. Ved total okklusjon, som tyder at åra er heilt tett, vert det oftast utført perkutan koronar intervensjon (PCI). Det er ein type kateterbehandling som kan utvide åra. Det kan i nokon samanhengar vere aktuelt med hjertekirurgi. Ved symptomdebut for mindre enn 12 timar sidan vert det anbefalt trombolytisk behandling, dersom det tek meir enn 90-120 minuttar å transportere pasienten til næraste PCI-senter. Dette startar som oftast prehospitalt av ambulanspersonell (Ellingsen, 2016, s. 69).

Dei psykososiale behova til pasienten kan vere utsatt, og utvikling av angst og depresjon kan førekomme ved hjerteinfarkt. Det kan få negative konsekvensar for pasientens livskvalitet og livsutfolding, også seinare i livet når ein forsøker å komme tilbake i normale rutinar og kvardag (Ellingsen, 2016, s. 63). Å få eit hjerteinfarkt kan komme som eit sjokk for mange, og framtida kan sjåast som usikker. Ein kan oppleve at det er ein del begrensingar med sjukdommen. Det kan skape fortviling og depresjonar når pasienten til dømes ikkje kan drive med ein aktivitet som har hatt stor betyding i livet. Det kan føre til einsemd og isolasjon, og ein kan føle at livskvalitet er innskrenka (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 473).

2.2 Hjerterehabilitering

I følge europeiske retningslinjer bør hjerterehabilitering vere ein del av pasientforløpet etter gjennomgått hjerteinfarkt (Visseren et al., 2021, s. 3292). Dette er ein klasse 1-A anbefaling som inneberer at det er eit godt dokumentert tiltak. I Noreg er det ikkje utvikla nasjonale retningslinjer, men vi støttar oss på europeiske guidelines og retningslinjer, samt nasjonal fagleg retningslinje for førebygging av hjerte- og karsjukdom (Helsedirektoratet, 2018b). Hjerterehabilitering er eit rehabiliterings- og behandlingsopplegg som tek sikte på å fremje god livskvalitet, motverke negative psykologiske og fysiske følgjer av hjertesjukdom, samt redusere risiko for tilbakefall og død (Mæland, 2006, s. 15). I rehabiliteringa skal pasienten få kunnskap om medisiner, ernæring og fysisk aktivitet. Personar med hjertesjukdom, som til dømes hjerteinfarkt, PCI og kronisk hjertesvikt, vert anbefalt å delta i eit strukturert hjerterehabiliteringsprogram (Helsedirektoratet, 2018a).

Rehabiliteringsprogram etter hjertesjukdom tilbys i både kommune- og spesialisthelsetenesta. Samhandling mellom dei ulike tenestene og nivåa er sentralt for tilbodet og resultatet for pasienten. I dag er hjerterehabiliteringstilbodet til pasientar med hjertesjukdom organisert ulikt i fleire delar av landet. I tillegg kan det vere uklart kven som har ansvar for oppfølging av desse pasientane. Sjukepleiarar jobbar ikkje isolert i denne prosessen. Det krevjast samhandling mellom blant anna lege, ergoterapeut, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 422–425).

Hjerterehabilitering er delt inn i tre fasar. Første fase startar allereie på sjukehuset, i forbindelse med akuttbehandling. Det inneberer at ein testar pasientens fysiske kapasitet, og pasienten får individuell rettleiing og informasjon om hjertesjukdom. Andre fase kjem etter behandling av den akutte tilstanden. Dette er opptrening som gjerne startar 4-6 veker etter gjennomgått hjerteinfarkt, og handlar om rettleiing innan fysisk trening, kosthald og livsstilsendring. Fasen kan føregå over fleire veker og er i regi av enten medisinsk polikliniske- og kardiologiske avdelingar, lærings- og mestringscentre, kommunehelsetenesta eller ved rehabiliteringssenter. Den tredje og siste fasen omfattar oppfølging av pasienten, kalla vedlikehaldsfasen. Målet i denne fasen er å oppretthalde dei livsstilsendringane som er gjennomført i fase I og II. Pasienten får i tillegg psykososial støtte,

regelmessig poliklinisk kontroll for symptom og opplæring i legemiddelbruk (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 424–425). Sjukepleiaren si rolle er sentral i alle fasane, og ein møter pasientane allereie i akutfasen. Å hjelpe pasienten gjennom rettleiing, informasjon, støtte, motivasjon og fremje deira brukarmedverknad, kan sjukepleiarar gi pasientane eit godt utgangspunkt for hjerterehabilitering og mestring av eigen sjukdom (Eikeland et al., 2016, s. 275).

2.3 Brukarmedverknad og mestring

Ein viktig del av sjukepleiarfunksjonen i rehabiliteringsprosessen, er å gjere pasienten til ein aktiv deltakar i eige liv (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 426). Denne prosessen kan beskrivast som empowerment, der makta overførast frå ekspert til ikkje-ekspert, som til dømes sjukepleiar til pasient. Empowerment er synonymt med brukarmedverknad, og i denne oppgåva blir begrepet brukarmedverknad nytta. I forhold til det helsefremmande arbeidet står brukarmedverknad sentralt, og gjennom hjerterehabilitering kan ein styrke pasienten til å ta kontroll over eiga helse. Brukarmedverknad kan definerast som ein prosess der ein aukar individets, eller ei gruppes, ressursar og sjølvbilete (Mittelmark et al., 2018, s. 32–33). På denne måte kan pasienten ivareta sin eigenomsorg og etterleve anbefalte livsstilsintervensjonar.

Brukarmedverknad fremjast i situasjonar som er prega av tryggleik, tillit, fellesskap og gode relasjonar (Tveiten, 2018, s. 240). Viktige metodar for å fremje brukarmedverknad hjå pasienten er informasjon, undervisning og rettleiing. I eit hjerterehabiliteringsprogram er det viktig for sjukepleiar å fremje brukarmedverknad, samt å hjelpe pasienten i å fremje helse og velvære i eige liv. Helsepersonell si oppgåve er å rettleie, motivere og strukturere pasienten (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 426).

I følge Benner og Wrubel (2003, referert i Gammersvik, 2018, s. 117), som definerer mennesket ut i frå ein fenomenologisk tenking, er sjukepleiaren si viktigaste oppgåve å hjelpe pasienten til å mestre stress og konsekvensar av sjukdom. Dei er opptekne av korleis livet framstår, opplevast og erfarast av den enkelte. Dei beskriv ein omsorgsteori som omhandlar forholda mellom omsorg, sjukdom, symptom, stress og mestring. Ein tek

utgangspunkt i det å vere sjuk og sjukepleieteorien handlar om å fremje mestring. Det er forskjellig frå person til person korleis ein evner å mestre, og avhenger blant anna av den enkelte sin motstandskraft og ressursar. Det er normalt å kjenne på angst, frykt, usikkerheit og depresjon i etterkant av alvorleg sjukdom, slik som eit hjerteinfarkt (Eide & Eide, 2013, s. 166). Slike alvorlege hendingar kan føre til tap av samanheng og mening. Mestring kan vere ein måte å takle stress eller sjukdom, slik at ein kjem seg vidare frå situasjonen på ein god måte (Tveiten, 2018, s. 238). Det handlar også om å ha tilgang på ressursar, ferdigheiter, kunnskap og evne til å utnytte dette.

2.4 Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon

Pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt kan ha behov for informasjon og kunnskap. Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon handlar om å leggje til rette for informasjon, rettleiing og undervisning slik at pasientar, samt deira pårørande, kan utvikle optimal kompetanse vedrørande deira sjukdom (Tveiten, 2018, s. 242). Undervisningsansvar ovanfor pasientar og pårørande inngår i sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. I ei rettleiingsposisjon er det viktig at sjukepleiar har pedagogisk kompetanse. Det tyder at sjukepleiar skal leggje til rette for bevisstgjerings, læring og moglegheiter for utvikling (Tveiten, 2018, s. 250). Målet med pasientundervisninga, og med informasjonen som vert gitt, er at pasienten skal vere i stand til å takle utfordringar vedrørande sin livssituasjon.

Pasientinformasjon er sentralt i helseovervakingslova, og sikrar medisinsk informasjon om sjukdom og behandling og kva pasienten har krav på. Pasient- og brukarrettighetslova § 3-1 viser til at pasientar skal involverast i si eiga behandling, har rett på informasjon og delta i vurderingar som vedrører pasienten (Pasient- og brukarrettighetslova, 1999).

Informasjonen bør vere tilpassa pasientens individuelle føresetnader for læring og helsepersonell skal forsikre seg at informasjonen er forstått. Ein viktig målsetting for informasjonen er å gi pasienten, samt deira familie, større grunnlag for å vurdere og forstå sjukdomsutviklinga og motverke kjensla av makteslausheit (Mæland, 2006, s. 61).

Pasientinformasjon er grunnleggande for all hjerterehabilitering og tek sikte på å redusere usikkerheit og uvissheit med sjukdom, og Mæland (2006, s. 56) brukar uttrykket "kunnskap er makt".

Samspelet mellom sjukepleiar og pasient står sentralt, og i følgje dei yrkesetiske retningslinjene skal sjukepleiarar fremje helse, førebygge sjukdom, lindre liding og gjenopprette helse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er viktig at vi som sjukepleiarar legg til rette for førebygging av sjukdom og skade, og det er vår plikt å informere på ein slik måte at pasienten forstår budskapet. I tillegg skal sjukepleiar underbygge mestring, håp og livsmot hjå pasienten. Pasientinformasjon kan skje individualisert og standardisert. Med standardisert informasjon meiner ein undervisning som har eit bestemt innhald og er på førehand etablert. Individualisert pasientinformasjon er, ideelt og pedagogisk sett, best eigna for å tilpasse den enkelte pasient (Mæland, 2006, s. 62). Sjukepleiar må vere open i møte med pasienten og vere tryggande. Dette kan vidare skape tillit og relasjon, og ein god relasjon skapar føresetnader for god kommunikasjon. Tillit er ein av grunnsteinane i ein relasjon (Gonzalez, 2020, s. 57). Andre faktorar som fremjar tillit er å setje seg inn i pasienten sin situasjon, samt møter dei med omsorg og respekt. Å ta hensyn til pasienten sine behov, ønskjer og meiningar er viktige aspekt (Gonzalez, 2020, s. 60; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 187–190).

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgåva byggjer på litteraturstudie som metode. Det inneberer å systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder, forskingsartiklar og litteratur frå sjukepleiefagleg pensum (Thidemann, 2015, s. 77). Eg skal undersøke pasienterfaringar med hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt. Forskingsartiklane eg har funne i søkeprosessen er basert på kvalitative studiar, der hensikta er å få fram menneskelege eigenskapar som meiningar, erfaringar, opplevingar og tankar. Ein kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig når ein vil ha svar på korleis noko opplevast og erfarast (Thidemann, 2015, s. 76).

PICO-skjema vert brukt for å formulere ein god problemstilling, og gjer at ein får struktur på søkeorda ein skal nytte. Når ein brukar eit PICO-skjema kan ein presisere problemstillinga, samt finne fram til ein søkestrategi med å identifisere søkeord og begrep. P- står for

population- kven er eg interessert i, I- intervention- kva intervensjon/tiltak vil eg undersøke, C-comparison- kva vil eg samanlikne, og O- outcome- kva for resultat er eg interessert i (Thidemann, 2015, s. 82-84). Eg har valt å bruke eit PICO-skjema, men har valt å ekskludere C-comparison, då det ikkje er relevant for oppgåva å samanlikne ulike tiltak eller behandlingar.

3.2 Litteratursøk

I denne oppgåva har eg nytta databasane Academic Search Elite og la til CINAHL, CINAHL with fulltext og MEDLINE. Databasane inneheld blant anna kvalitative og kvantitative forskingsartiklar. Gjennom søk i Google Scholar, fant eg artiklar for å starte søkeprosessen. Her søkte eg på tilfeldige engelske ord som «cardiac rehabilitation» for å sjå omfanget av artiklar. Når eg hadde funne nokre artiklar som passa til problemstillinga, vurderte eg nøkkelorda som var i artiklane. Etter innleiande søk brukte eg god tid til å systematisk søke i databasane CINAHL, CINAHL with fulltext og MEDLINE samstundes, dette for å effektivisere søket mitt. Slik fekk eg fram fleire forskingsartiklar som kunne vere relevant for problemstillinga. Databasane MESH og SveMed+ vart nytta for å finne engelske synonymord til dei norske søkeorda, presentert i tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriteriane er presentert i tabell 2.

Enkeltøk vert gjort med blant anna orda «myocardial infarction», «cardiac rehabilitation» og «patient experience». Omfanget av artiklar var alt for stort, så søket måtte snevrast inn og konkretiserast. Ved å kombinere følgande søkeord kom det opp mange artiklar som var aktuelle. For å få dei nyaste artiklane, valte eg artiklar frå 2015-2022. Detaljert søkeprosess av artiklane 1-5 kjem fram i vedlegg 1. Gjennom handsøk, sekundærsøk og bruk av pensum vart anna relevant litteratur funne.

Tabell 1 Søkord

Norske søkord	Engelske søkord
Hjerteinfarkt	Myocardial infarction, Acute coronary syndrome
Hjerterehabilitering	Cardiac rehabilitation, Cardiovascular rehabilitation
Pasienterfaringar	Patient experience, Patient perspective, Patient view
Sjukepleie	Nurse*
Mestring	Mastery, Coping, Support
Informasjon	Information
Kvalitative studiar	Qualitative research, Qualitative study

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

Inklusjonskriteriar	Eksklusjonskriteriar
<ul style="list-style-type: none"> - Artiklar utgitt frå 2015-2022. - Vaksne hjerterehabiliteringspasientar over 18 år. - Språk: Engelsk eller nordisk. - Hjerterehabiliteringspasientar som deltek i rehabilitering i fase 2 og 3. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artiklar som er meir enn 7 år. - Barn og ungdom. - Ikkje-engelsk eller nordisk språk.

3.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk tyder at ein skal kritisk vurdere litteraturen, og undersøke om den belyser tema og problemstilling adekvat (Thidemann, 2015, s. 26). I hovudsak har eg nytta pensum frå sjukepleiestudie på Høgskulen på Vestlandet, og det indikerer at litteraturen er godkjent. Forskingsartiklane som er nytta i oppgåva er ikkje eldre enn 5 år og er internasjonal forskning. Artiklane er engelskspråklege, og eg har derfor sett meg grundig gjennom innhaldet og

oversatt det til norsk. Likevel kan det utgjere ein risiko for at artiklane er misforstått eller feiltolka. Ein må kritisk sjå over artiklar som er frå land som ikkje har same kontekst og helsevesen som Noreg, slik som forskingsartikkelen til Hanna et al. (2020) frå Israel.

Ein svakheit for oppgåva kan vere at boka til John Gunnar Mæland (2006), «Helhetlig hjerterehabilitering», ikkje er utgitt i nyare utgåve. Den tek ikkje føre seg nyaste forskingsresultat eller norsk helsestatistikk, men er likevel relevant for den omhandlar temaet hjerterehabilitering. Forskingsartiklane eg har funne følgjer IMRAD-struktur. Det er ein modell som ofte vert brukt i vitenskaplege tekstar, som inneheld I- introduksjon, M- metode, R- resultat og D- diskusjon. Ved å følgje denne modellen er det lettare å få oversikt over kva artiklane handlar om (Thidemann, 2015, s. 30). Eg har samstundes nytta sjekklister for kvalitative forskingsartiklar (Helsebiblioteket, 2016). Dette for å kvalitetssikre at artiklane er hensiktsmessige å bruke i oppgåva.

4. Presentasjon av fag- og forskingsartiklar

I dette kapitlet vert forskingsartiklar og éin fagartikkel presentert. Vidare framstillast ei samanfatning av hovudfunna i artiklane.

4.1 Artikkel 1

«It is not just a Minor Thing—A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation» (Simonj et al., 2017).

Dette er ein kvalitativ studie kor ein har intervjuet 11 pasientar som har gjennomgått eit lite hjerteinfarkt og deltatt på hjerterehabilitering. Studien har ein fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming kor hensikta var å få ein forståing av korleis dei opplevde sin livssituasjon når dei deltok i eit hjerterehabiliteringsprogram. Funna i studien er delt inn i tre hovudkategoriar: (1) vanskar med å akseptere sjukdommen, (2) å forstå at livet er blitt skjørt, (3) eit forandra liv. Pasientar opplev ein generelt krevjande overgang når dei vert

ramma av hjerteinfarkt, og livet deira vert endra i stor grad. Gjennom gruppeintervjua kom det fram at pasientane lærte kva som skjedde med hjertet under infarkt, slik at dei fekk tileigna seg kunnskap om eigen kropp. Pasientane i heilheit var einige om at sjukdommen påverka dei både psykisk og fysisk. Konklusjonen var at ein må forstå frykt for døden hjå pasientane etter eit hjerteinfarkt, og at dette må komme sterkare fram i hjerterehabilitering. Funna presiserer også at pasientane meinte samvær med andre deltakarar under hjerterehabiliteringa var positivt, samt støtte frå helsepersonell.

Relevant for oppgåva: Sjølv om litteratursøket ikkje var avgrensa til å omhandle eit lite hjerteinfarkt, var artikkelen relevant for å belyse pasienterfaringar om livsstilsending og handtering av hjertesjukdom gjennom hjerterehabilitering.

4.2 Artikkel 2

«Patients' experiences of the complex trust-building process within digital cardiac rehabilitation» (Anttila et al., 2021).

Dette er ein kvalitativ studie basert på intervju av 30 deltakarar frå eit rehabiliteringssenter i Finland. Hensikta med denne studien var å utforske dei ulike betydingane som pasientar gir til rehabiliteringsprosessen. Funna i studien indikerte eit hovudtema "kompleks tillitsskapande prosess", som vidare omfatta fem kategoriar for tillitsbygging i rehabilitering: (1) føler ein har nådd botnen, (2) å mestre det vanskelege, (3) forstå saman som ei gruppe, (4) bevege seg mot ein sunnare livsstil med teknologi, (5) finne sjølvbevisstheit. Den komplekse prosessen av tillitsbygging involverer interaksjonar med kjensler, tankar, aksept og støtte. Pasientane sine psykososiale, fysiske og emosjonelle behov bør implementerast i digital rådgiving, slik at ein kan hjelpe pasientar til å bli bevisst på sine eigne kjensler og tankar undervegs i rehabiliteringsprosessen.

Relevant for oppgåva: Studien seier noko om korleis pasientar som deltek i hjerterehabilitering opplev digital rehabilitering, og korleis det kan verke tillitsskapande for deira liv.

4.3 Artikkel 3

“It's up to me with a little support” - Adherence after myocardial infarction: a qualitative study (Hanna et al., 2020).

Dette er ein kvalitativ studie basert på intervju av 22 pasientar som har gjennomgått eit hjerteinfarkt, og deltek i eit hjerterehabiliteringsprogram i Israel. Hensikta med denne studien var å sjå frå eit pasientperspektiv på ulike faktorar ved den helserelaterte etterlevinga etter hjerteinfarkt. Studien har ein fenomenologisk tilnærming.

Studien såg på ytre og indre faktorar som kunne styrke motivasjonen til etterleving etter hjerteinfarkt. Den viktigaste indre motivasjonsfaktoren hjå pasientane var viljestyrke og autonomi. Det at pasientane hadde eigarskap og kompetanse til å ta vare på seg sjølv, og tilpasse deira egne ønskjer og behov, var verdifullt. Ytre faktorar som familiemedlemmar, ektefeller, signifikante andre og helsepersonell var viktige faktorar som påverka dei mest. Dette styrka den indre motivasjonen hjå pasienten. Helsepersonell som hadde respekt for pasientane sine verdier, ivaretaking av autonomi og omsorg var positivt. At pasientane sjølv kunne vere med å styrke sin eigenomsorg, der helsepersonell hadde fokus på brukarmedverknad, bidrog positivt i livsstilsending.

Relevant for oppgåva: Studien fokuserer på pasienterfaringar, samt kva som motiverer dei av indre og ytre faktorar, etter eit hjerteinfarkt medan dei er deltakarar i eit hjerterehabiliteringsprogram.

4.4 Artikkel 4

«Cardiac rehabilitation program: An exploration of patient experiences and perspectives on program dropout» (Lee et al., 2022).

Dette er ein kvalitativ studie utført i Canada. Hensikta med denne studien var å identifisere og forstå faktorar som påverkar pasientane til å avslutte hjerterehabiliteringsprogrammet.

Deltakarane beskrev mange utfordringar ved å delta i programmet. Det vart identifisert tre hovudkategoriar: (1) utfordringar med å leve med hjertesjukdommar, (2) fordeler og ulemper med hjerterehabilitering, (3) behov som ikkje vart møtt undervegs i rehabiliteringa. Resultata frå studien viser til at pasientar hadde vanskar med den psykiske helsa, som gjorde det vanskeleg å fullføre programmet, medan andre hadde frykt for framtida og deira helse. Dei positive sidene ved rehabilitering var at pasientane fekk motivasjon og støtte frå både helsepersonell og andre deltakarar. Samstundes fekk dei struktur og rutinar i kvardagen som var lette å følgje. Negative sider ved hjerterehabiliteringa var dei tidsmessige og geografiske utfordringane, der pasientar hadde liten tid til seg sjølv med å sjonglere familie- og arbeidsliv. I tillegg var det for lite personlege og individuelle treningsprogram.

Relevant for oppgåva: Hjerterehabilitering er viktig for å minke dødelegheita med hjertesjukdommar, men det er mange som sluttar på rehabiliteringa. Studien forsøker å finne ut kvifor mange sluttar og kva ein kan gjere for at rehabiliteringa skal møte pasientane sine behov.

4.5 Artikkel 5

“A Qualitative Study of Experiences of Participants in Cardiac Rehabilitation” (Yates et al., 2018).

Dette er ein kvalitativ studie der 11 par (pasientar med deira partnarar) vart intervjuet etter gjennomført hjerterehabilitering. Hensikta med denne studien var å undersøke erfaringane av fase 2 i hjerterehabilitering, tre månader etter å ha fullført programmet. Tema i studien som omhandla fysisk aktivitet og trening var (1) kva som gjorde at trening var nyttig og (2) kva som gjorde at pasientane følte dei ikkje fekk utbytte av trening. Kunnskap- og undervisningstema var (1) grunnleggande informasjon og (2) personleg informasjon var nødvendig. Miljøet i hjerterehabilitering var (1) korleis dei utvikla sjølvtilit, (2) sosiale samanlikningar og (3) å ha partnar til stades var positivt. Samla sett var deltakarane sine oppfatningar av trening, kunnskap, undervisning og miljø, positivt. Det er samstundes behov for å forbetre informasjon og undervisning til pasientar og deira pårørande. Det er viktig at pasientane utviklar sine egne sjølvstendige metodar for å oppretthalde ein sunn livsstil

etter hjerterehabilitering.

Relevant for oppgåva: Det er viktig å ha med pasienterfaringar, og denne artikkelen syner fram ulike aspekt ved rehabilitering. Viktig kunnskap kring kompleksiteten og dei ulike tema som omhandlar hjerterehabilitering vert presentert.

4.6 Artikkel 6

«*Hjertesjukkes erfaringer gjør rehabiliteringen bedre*» (Nøren et al., 2021).

I fagartikkelen til Nøren et al. (2021) har dei gjennom eit prosjekt kalla “Brukaren i sentrum”, funne måtar å vidareutvikle hjerterehabiliteringstilbodet gjennom erfarne brukarar, pårørande og fagpersonar. Dette prosjektet vart gjennomført i løpet av tre år ved Unicare Røros, som tilbyr rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta til pasientar med hjertesjukdom. I dette prosjektet nyttar dei brukarmedverknad til å tilpasse ei teneste som bidreg til auka mestring og livskvalitet i kvardagen for pasientane, samt deira pårørande. Hjerterehabilitering kan for mange vere eit vendepunkt kor livsstilsending er sentralt. Brukarrepresentantar la fram erfaringsinnlegg, der dei formidla tankar, kjensler og reaksjonar på det dei hadde vore igjennom, og at dei i dag lev eit godt liv til tross for hjertesjukdom.

Relevant for oppgåva: Denne fagartikkelen gir eit godt bilete på korleis pasientar erfarer hjerterehabilitering, med fokus på erfaringsinnlegg frå tidlegare pasientar som har gjennomgått hjerterehabilitering. Artikkelen viser òg til at dette kan implementerast i framtidige rehabiliteringar.

4.7 Samanfating av artiklane

Det er studiar frå ulike land med både kvinner og menn, og ein kan ein sjå at erfaringane frå hjerterehabiliteringa er nokså likt. Pasientane verdsetter autonomi, støtte frå helsepersonell, deltakarar og familie høgt. Det er avgjerande korleis ein blir møtt av

helsepersonell gjennom rehabiliteringa. For mange av pasientane var det vanskeleg å byrje på ein ny kvardag, med angst for nye hjerteinfarkt som gir utfordringar i daglege gjeremål. Nokon meiner at aktiv deltaking i eiga rehabilitering, med individuell tilpassing, er svært essensielt. Ein meir framtidsretta hjerterehabilitering med fokus på individuelle preferansar, slik som digitale løysingar, kan vere med på å møte pasientars behov og løyse utfordringar. Hovudfunn i forskingsartiklane framstillast i tre hovudkategoriar: (1) Positive erfaringar som motivasjon og støtte frå familie og pårørande, samt viktigheita ved å delta i hjerterehabiliteringsgrupper, (2) utfordringar med hjerterehabilitering og (3) auka kunnskap om livsstilsending med individuell tilpassing.

5. Drøfting

I denne delen av oppgåva skal eg presentere kva erfaringar pasientar har med deltaking i hjerterehabilitering etter gjennomgått hjerteinfarkt. Eg ønskjer å identifisere og drøfte pasienterfaringane gjennom forskning, øvrige fag- og pensumlitteratur. Sjukepleiarar har ei stor rolle i oppfølging av pasientar etter gjennomgått hjerteinfarkt, og det er derfor relevant å diskutere deira rolle i hjerterehabilitering.

5.1 Tilbod om hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering er samansette og langvarige program som involverer medisinsk oppfølging, undervisning, fysisk trening og psykososial støtte (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423-425). Målet med hjerterehabilitering er å forbetre pasienten sitt funksjonsnivå fysisk, psykisk og sosialt. Ein vil oppnå eit resultat som gjer at hjertepasienten kan leve eit så godt liv som mogleg med hjertesjukdom. Det er fokus på mestring av sjukdom og sekundærførebyggande intervensjonar, som tek sikte på livsstilsending som fysisk aktivitet, riktig ernæring, røykeslutt og vektkontroll. Samstundes er også det psykososiale aspektet som å førebygge depresjon vel så aktuelt. På denne måten kan ein førebygge sjukehusinnlegging og betre pasienten sin prognose (Eikeland et al., 2016, s. 274). Rehabiliteringa skjer i eit tverrfagleg samarbeid der fleire yrkesgrupper jobbar tett saman for å ivareta pasienten sine behov. Dette er som oftast sjukepleiarar, fysioterapeutar, legar, ergoterapeutar og sosionomar. Tverrfagleg samarbeid er viktig då det kan forbetre

planlegginga og gir heilheitleg omsorg ovanfor pasienten. Viktigheita av eit godt samarbeid med dei ulike yrkesgruppene er stor, men på den andre sida kan det vere viktig for pasienten å forhalde seg til få personar i rehabiliteringa då det kan oppstå misforståingar. Det er viktig at sjukepleiaren er bevisst sitt eige ansvar og kompetanseområde i rehabilitering. Dette ser ein i forskingsartikkelen til Lee et al. (2022) der pasientane ønskjer meir tid til helsepersonell, og det kan tolkast at ein treng meir kontinuitet i oppfølginga.

Hjerterehabilitering knytt til ein institusjon, med opptreningstilbod i sjukehus eller ved lærings- og mestringssenter i spesialisthelsetenesta, har vore det mest vanlege. Samstundes kan rehabilitering føregå i kommunal regi ved medisinske senter eller helsehus, samt frisklivssentralen. I følgje Stubberud og Ellingsen (2016, s. 425) har strukturert heimebasert og institusjonsbasert hjerterehabilitering mogleg vore like effektivt. Heimebasert rehabilitering kan omfatte heimebesøk eller oppfølging via telefon frå sjukepleiar. Dette er ein måte for pasienten til å sjølv følgje utviklinga av forordna kontrollmål som er sette for pasienten knytt til livsstilsending. Sjukepleiar har ansvar for å gjere pasienten til ein aktiv deltakar i rehabiliteringsprosessen, samt styrke pasienten sine eigne ressursar. På denne måten kan pasienten sin brukarmedverknad auke, samt ivareta eigenomsorg og etterleve dei anbefalte livsstilsintervensjonane. Stubberud og Ellingsen (2016, s. 425) viser til ei undersøking at det er mangelfult tilbod av hjerterehabilitering ved enkelte helseføretak i spesialisthelsetenesta i Noreg. Årsaka til dette kan vere at pasienten i større grad vert skriven ut av sjukehus tidlegare enn før, samt at kommunar ikkje har oppretta gode nok tilbod som treff pasienten sine behov. Det kan også vere mangel på henvising, kunnskap og informasjon om tilbodet. Dette kan stride i mot pasient- og brukerrrettighetsloven §3-2, der pasientar har rett på nødvendig informasjon for å kunne ivareta eiga helse og rettigheter (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999). I samanheng med hjerterehabilitering, som viser til redusert sjukdomsbilete etter hjertesjukdom, bør det vere meir opplyst om denne typen rehabilitering til denne pasientgruppa.

Til tross for at hjerterehabilitering har vore vitskapeleg anbefalt, viser det seg at berre ein fjerdedel av norske pasientar med hjerteinfarkt deltek i hjerterehabilitering (Svegården & Tveiten, 2021). Det har vist seg at det er klare forskjellar mellom sjukehus i Noreg i kor stor

grad hjertepasientar får informasjon, henvising og tilbod om hjerterehabilitering. Det er også klar samanheng mellom lågare sosioøkonomisk status og redusert deltaking i hjerterehabilitering (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 425). Som tidlegare nemnt støttar Noreg seg på europeiske guidelines og retningslinjer. Dette kan tyde på at det er eit behov for retningslinjer i Noreg som omhandlar hjerterehabilitering, slik at føringane for hjertepasientar vert likt for alle pasientar. Korleis kan pasienterfaringar vere med på å styrke eit betre rehabiliteringstilbod?

5.2 Hjerterehabilitering på godt og vondt

Studiane i denne oppgåva tyder på at fleire av pasientane opplevde ein emosjonell og stressande situasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt (Anttila et al., 2021; Lee et al., 2022; Simonÿ et al., 2017). Det kjem fram i Stubberud og Ellingsen (2016, s. 439) at angst og depresjon er vanlege reaksjonar hjå pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt. Pasientar som i ettertid har fått konstantert andre hjertesjukdommar, som til dømes hjertesvikt, kan slite med å takle utfordringar vedrørande sjukdommen. Dei fyrste månadane etter behandling av hjerteinfarkt kan vere den mest sårbare tida både fysisk og psykisk. Mange pasientar kan oppleve hjerteinfarkt som svært traumatisk og kan få konsekvensar for livsutfolding og livskvalitet over ein lengre periode i etterkant av infarkt (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 428). Dette kan skuldast at det er ein ny situasjon for pasienten, og ein kan ha vanskar med å mestre kvardagen (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 473).

Pasientar kan vere egstelege for korleis ein skal forholde seg til hjertesjukdom og frykt for eit nytt hjerteinfarkt er reell. Usikkerheit og angst kan derfor prege mykje av livet til hjertepasientar, og igjen føre til kjenslemessig krise og endra mestringssevne. Desse kjenslemessige reaksjonane viser seg også i forskingsartikkelen til Lee et al. (2022), der pasientar følte på angst, frykt og usikkerheit kring hjerteinfarkt. Artikkelen viser også til manglande individuell oppfølging i rehabilitering, noko som resulterer i at ein del pasientar vel å avslutte hjerterehabilitering. Årsaker til dette kan vere kombinerte med dårleg kartlegging av pasientane sine behov, liten tru på rehabiliteringsprogrammet frå pasientane si side, samt mangelfull forståing av deira ønskjer. Pasientar refererte til fysiske plagar og mange var engstelege for å byrje trene. Å kjenne pulsen stige ved aktivitet førte til at ein del

vart redde for at hjerta ikkje kom til å tole belastninga. Pasientane delte opplevingar som at dei ikkje våga å legge seg til å sove, for dei var redde for å ikkje vakne opp att (Simonÿ et al., 2017, s. 5). Å vere bekymra og engsteleg kan vere ein pådrivar for å gjennomføre, men kan også hemme pasienten å delta i hjerterehabiliteringsprogram. Kroppslege opplevingar som er ubehageleg i forbinding med fysisk aktivitet kan utløyse redsel og forhindre vidare utprøving av rehabilitering (Mæland, 2006, s. 133).

Samstundes var det nokre pasientar som lengta etter å "komme tilbake til normalen" og slutta derfor i rehabiliteringa (Lee et al., 2022). Nokre hadde dårleg sjølvkjensle, manglande sosial støtte frå pårørande, samt lite støtte frå helsepersonell. Dette forklarar viktigheita av at sjukepleiaren anerkjenner pasienten sine kjensler, samt at kommunikasjon og relasjon kan vere nøkkelen til samhandling med pasienten i desse tilfella. Sjukepleiaren sin moglegheit til å komme i posisjon for å hjelpe, byggjer på faktoren om at ein relasjon må vere til stades (Gonzalez, 2020, s. 65). Som sjukepleiar må ein sjå og lytte til pasienten sine utfordringar, og hjelpe pasienten til å takle motgang. Det ideelle kan vere å sette av tid til pasienten, slik at ein kjenner seg godt ivaretatt. Det er viktig at sjukepleiar og andre helsepersonell tek pasienten sine kjensler på alvor. I følge Mæland (2006) kan det ta tid for pasienten å finne trygghet og vere komfortabel i hjerterehabilitering. Om sjukepleiar set av tid til pasienten, kan ein på denne måten opne seg lettare ved at dei får kjensla av at nokon er oppteken av korleis ein har det.

Ein anna vesentleg faktor for mangelfull deltaking i hjerterehabilitering, var geografiske avstandar mellom pasienten sjølv og lokalisering av rehabiliteringa (Simonÿ et al., 2017; Lee et al., 2022). Studiane refererte til tidspress og dei geografiske avstandane som ein avgjerande faktor for å ikkje delta på rehabilitering. I praksisarbeid med pasientar i hjerterehabilitering har eg sjølv erfart at fleire ikkje har hatt moglegheit til å møte opp i rehabilitering knytt til lang reiseveg og tidspress. Konflikt mellom tid til familie, jobb og rehabilitering er reell. Nyare forskning viser til at digital rehabilitering kan fremje deltaking i hjerterehabilitering (Anttila et al., 2021). Nettbasert rådgiving kan oppmuntre pasientar til å sjølv finne måtar å takle den nye kvardagen på, og ikkje minst vere med på å bestemme tidspunkt og varigheit. Dette vert støtta av artikkelen til Simonÿ et al. (2017) som seier at bruk av digital rehabilitering kan gi moglegheiter til å oppmuntre til deltaking i

hjerterehabilitering. Til dømes har heimebasert hjerterehabiliteringsprogram, med bruk av digitale verktøy, blitt introdusert for å utvide tilgjengelegheita. Det er mykje som tyder på at denne digitale utviklinga kan minimere utfordringar som til dømes manglande oppmøte i rehabilitering relatert til geografiske avstandar og tidsbegrensingar. På den andre sida kan det vere frustrerande for pasienten dersom teknologien svikta. Det kan til dømes vere dårleg internettforbinding, tekniske utfordringar eller mangelfullt utstyr. I tillegg var det mange av pasientane som opplevde tilhøyrsløse av grupperehabilitering, som gav motivasjon knytt til det å handtere negative kjensler og tankar. Det viktig for pasientane å treffast ansikt til ansikt for å støtte kvarandre (Anttila et al., 2021). Det kan tyde på at digitalisert hjerterehabilitering passar for nokre pasientar som er avhengig av å kunne styre eigen kvardag, men treng oppfølging kring trening og kosthald. Det kan også støtte opp om at individuell tilpassing er viktig for mange pasientar i rehabilitering. Samstundes er ikkje forskinga eintydig, og det kan diskuteras kor vidt nettbasert hjerterehabilitering er gunstig for pasientar.

Målet med hjerterehabilitering dreier seg blant anna om å vedlikehalde funksjonar samt førebygge funksjonstap (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423). Det er mykje som tyder på at pasientar som deltek på hjertetreningssgrupper har stort utbytte av det (Simonÿ et al., 2017; Lee et al., 2022). Mæland (2006) uttrykker viktigheita av organiserte hjerterehabiliteringsgrupper, og ein ser nytten av desse gruppene. Ein kan lettare dele erfaringar og støtte kvarandre gjennom trening og gruppesamtalar. I tillegg er tilgang på sjukepleiar, fysioterapeut og legar med på å trygge pasienten. Dette viser seg i forskingsartikkelen til Hanna et al. (2020) og Simonÿ et al. (2017) der pasientar opplevde auka motivasjon ved å dele erfaringar med andre. Pasientane kjente på mangelfull motivasjon av å trene åleine, men i gruppebaserte treningar var det meir tilfredsstillande. Dei opplevde at ein ikkje var åleine i situasjonen, samt at fellestrening førte til at ein gleda seg over kvar økt. Kjensla av å vere delaktige i eit fellesskap verka oppmuntrande og motiverande (Hanna et al., 2020; Simonÿ et al., 2017).

Pasientane fekk, i tillegg til gruppebasert trening, rettleiing og undervisning om hjertesjukdom. Samstundes kjem det fram i artikkelen til Yates et al. (2018) at pasientar hadde behov for meir personleg informasjon. Pasientane erfarte at dei fekk ein generell

informasjon om trening og ernæring, utan noko form for individuell tilpassing. Det er viktig å tenkje at alle pasientar er ulike individ, med ulike behov og ønskjer, i forhold til aktivitetar og kosthald. Dette kan òg sjåast i artikkelen til Lee et al. (2022) der pasientgruppa meinte det var for liten fleksibilitet i treningsøktene. Pasientane kjente dei vart holdt tilbake og at dei kunne få betre treningsøkter åleine. På den andre sida kan det verke negativt inn på pasientar som føler dei ikkje klarar å prestere godt nok i grupper. Basert på desse erfaringane frå studiane kan det tenkjast at pasientane sine behov og ønskjer bør stå i fokus. I slike situasjonar kan sjukepleiar finne ut kva for nivå pasienten er på i forhold til fysisk aktivitet. Det er også individuelle behov innan trening, og det er derfor viktig at helsepersonell får eit realistisk bilete på kor fysisk aktiv pasienten har vore tidlegare. Sjukepleiar kan til dømes kommunisere med pasienten om kva for fysiske aktivitetar pasienten er vant til. På denne måten kan det vere lettare for sjukepleiar å motivere til livsstilsendring og auke den fysiske aktiviteten dersom det er noko ein mestrar. Pasientar som ikkje har vore fysisk aktiv tidlegare, kan det vere vanskelegare å motivere til endring. Det kan i desse tilfella vere hensiktsmessig med gruppebaserte treningar, med innspel frå deltakarane for å få fram deira ønskje (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 434).

I arbeid med pasientar som er i livsstilsendring, er det avgjerande at sjukepleiar er bevisst på at pasientgruppa som deltek ikkje er ei einsformig gruppe. Pasientar har ulike behov og føresetnader for å klare rehabiliteringa. Dette kjem tydeleg fram i artikkelen til Yates et al. (2018) der pasientane fortel at dei opplevde liten individuell tilpassing, og dermed vart treninga i rehabiliteringa einsformig. Pasientane uttrykte eit ønskje om individuell støtte og rådgiving frå helsepersonell då dei meinte det var hensiktsmessig for deira rehabilitering (Lee et al., 2022; Yates et al., 2018). Desse forholda kan tilseie at ein individuell tilpassing er nødvendig for at pasientar skal fullføre hjerterehabilitering. Pasient- og brukerrettighetsloven vert trekt inn i diskusjon, då alle pasientar har rett på eigen individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Til dømes kan eit av måla ved individuell plan vere å endre livsstil, der delmåla er å byrje trene eller røykeslutt. Dette samsvarar med Benner og Wrubels (2003, referert i Gammersvik, 2018, s. 118-119) tenking som omhandlar at ein må legge til rette for pasienten for å auke motivasjon. Det kan derfor vere viktig å ha ein god dialog med pasienten, samt tilstrekkeleg med informasjon der ein kartlegg mål og ønskjer. Helsepersonell bør kartlegge kva for aktivitetar som gir mening for

pasienten, og gi ein individuell tilpassing som vidare kan føre til motivasjon. Ved å tilpasse individuelle opplegg som pasienten sjølv er delaktig i kan opplevast som positivt. Sjølv om mange pasientar også valte å lytte til helsepersonell om råd og meiningar, var det også viktig for dei å vere delaktige (Hanna et al., 2020). I staden for å få undervisning og instruksar på korleis trening, kosthald og rutinar skal overhaldast, kan den indre motivasjonen styrkast når pasientane opplev autonomi og eigarskap til eigen rehabilitering.

5.3 Motivasjon og støtte frå pårørende og helsepersonell

Pasientar kan reagere ulikt på kritiske og akutte situasjonar, og eit hjerteinfarkt kan påverke negativt i form av ulike psykososiale reaksjonar. Psykososial støtte frå pårørende og helsepersonell er derfor ein viktig faktor i rehabiliteringsprosessen (Eikeland et al., 2016, s. 245; Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 439). Det vart understreka i forskingsartiklane at pårørende og helsepersonell vart opplevd som støttande og motiverande i rehabiliteringa (Anttila et al., 2021; Simonj et al., 2017; Yates et al., 2018). I følgje Stubberud og Ellingsen (2016, s. 434-435) har sjukepleiar ei oppgåve å fremje pasienten sin eigenomsorg, slik at pasienten sjølv kan ta ansvar i å førebygge tilbakefall og forverring av sjukdommen. Sjukepleiar kan blant anna gi pasienten informasjon, rettleiing, medisinsk oppfølging, informasjon og fysisk trening. Mykje av arbeidet i hjerterehabilitering er basert på tillit og relasjon, og det er relevant at pasientar får opparbeida tillit til sjukepleiar i rehabiliteringsprosessen. Å bli møtt med omsorg, engasjement og respekt er vesentleg for ein god relasjon. Sjukepleiar kan vere med på å styrke pasienten sine ressursar slik at ein kan ta ansvar for sin eigen rehabilitering (Eikeland et al., 2016, s. 261).

For mange pasientar kan det vere barrierar for å komme seg tilbake i den vante kvardagen. Det kan vere symptom som angina, fatigue og dyspné som fører til at pasientar ikkje kan drive med fysisk aktivitet (Eikeland et al., 2016, s. 274). Sjukepleiaren må finne ut kva som kan vere underliggande problem, og gjennom relasjonsarbeid komme i posisjon til å vere ein støttespelar i pasienten sin rehabilitering. I den samanheng har eg sjølv erfart at pasientar slit med kjenslemessig problem, som angst og bekymringar knytt til hjerteinfarkt. Sjukepleiaren må prøve setje seg inn i pasienten sin situasjon, gi tid og gi tettare oppfølging. Målet med pasientinformasjonen er å fremje kunnskap om kropp og mestring av kvardagen,

og tek sikte på å redusere usikkerheit blant pasientane (Eikeland et al., 2016, s. 274; Mæland, 2006, s. 56). Ein ser i forskingsartikkelen til Hanna et al. (2020) og Lee et al. (2022) at pasientane fekk rettleiing og støtte til å overvinne frykt og usikkerheit knytt til nye hjerteinfarkt av helsepersonell. Det var også viktig å få tilstrekkeleg informasjon frå helsepersonell for at pasienten skal forstå sin eigen situasjon. I hjerterehabilitering bør sjukepleiaren inneha kompetanse kring hjertesjukdom og rehabilitering. Gode kunnskapar kring hjertesjukdom og dei aktuelle livsstilsintervensjonane viser seg å ha ein positiv påverknad på pasientane. Ved å tileigne seg denne kunnskapen, kan ein styrke og fremje brukarmedverknad. Eit av måla ved brukarmedverknad er at pasienten skal vere aktiv deltakar i eige rehabilitering (Eikeland et al., 2016, s. 274). For at ein skal nå dette målet kan det tenkjast at sjukepleiaren må ha pasienten sine behov i fokus for å klare å fremje brukarmedverknad, samt at det kan bidra til mestring. Ein må vere open for at menneske er ulike individ, og har ulike føresetnader for å mestre. For at pasienten skal oppleve seg som ein aktiv deltakar, må rehabiliteringa leggest til rette slik at pasienten opplever å bli anerkjent. I følgje Gammersvik (2018, s. 122) er pasienten sine egne innspel til rehabilitering, løysingar og ressursar viktige i behandlinga. Når ein er akutt sjuk kan pasienten oppleve redusert autonomi og integritet, fordi han manglar eller har liten kontroll i situasjonen. Sjukepleiaren bør derfor justere seg etter pasienten sine ressursar. Det er pasienten sjølv som har livserfaring og veit kva for personlege verdiar som må spele med.

Pasientar som ikkje forstår målsettingane ved hjerterehabilitering, kan vidare få manglande motivasjon til livsstilsending. Gjennom ein relasjon som er prega av tillit, tryggleik og kontakt, kan tilstrekkeleg informasjon bli kommunisert til pasienten. Viktigheita av god kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar vert støtta av Røkenes og Hanssen (2012, s. 242). I artikkelen til Hanna et al. (2020) var det viktig at helsepersonell hadde ei respektfull holdning og tok vare på pasientane sin autonomi. Sjukepleiarar skal ikkje underkommunisere utfordringar, men i dialog med pasienten komme fram med gode løysingar for den enkelte. Dette kjem fram i forskingsartikkelen til Yates et al. (2018, s. 4) der pasientane fortel om støtte frå sjukepleiar og andre helsepersonell som ein hovudfaktor for auka sjølvtilit i rehabilitering. Pasientane følte seg trygge på at aktivitetane dei gjennomførte ikkje førte til skade på hjerta. Sjukepleiaren må lytte til og sjå pasienten, anerkjenne kompetansen han har, samt legge til rette for brukarmedverknad. Ein kan leggje

vekt på moglegheiter framfor begrensingar, samt framheve det som tross alt fungerer for pasienten. For å utføre sekundærførebyggande intervensjonar treng pasienten å vere deltakande i prosessen sjølv, og få makt til å endre livsstil. Det er ein viktig del av sjukepleiaren sin funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering å fremje brukarmedverknad (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 429).

Det kom tydeleg fram at gode familierelasjonar auka motivasjonen for kosthaldsendring og trening, slik at det var lettare å fortsette med livsstilsendring etter rehabiliteringsopphaldet (Hanna et al., 2020, s. 6). Det var ein overgang til kvardagen som førte til at gode rutinar måtte oppretthaldast. Både livsstil, trening og kosthald var viktige faktorar i denne samanheng. Viktigheita av støtte frå pårørnde kjem fram i artikkelen til Yates et al. (2018), der pasientane fekk ha partnar til stades under rehabiliteringa. Partnaren fekk delta i same trenings- og kosthaldsprogram, og pasientane påpeika at dette auka motivasjon for vidare livsstilsendring. Dette kan vere grunnlag for at informasjon og rettleiing til pasienten sine pårørnde og familie er like viktig som å gi den til pasienten sjølv (Mæland, 2006, s. 53). Det kan for mange pårørnde vere tøft og kjenslelada å stå på sidelinja medan pasienten har opplevd eit hjerteinfarkt. I følgje Mæland (2006) er det viktig med tilstrekkeleg informasjon til pasienten sine pårørnde for at dei skal kunne vere ein god støttespelar. Mange av pasientane i artiklane ville ikkje vere ei byrde for familien sin. Dette skapa frustrasjon og spenning hjå pårørnde, då dei ikkje fekk vere delaktige i rehabiliteringa til pasienten.

I fagartikkelen til Nøren et al. (2021) påpeika dei pårørnde at det var verdifullt å bli sett og høyr. Ein av dei pårørnde fortalte: «Det er fint at det også er fokus på den som er partner/familie. Det kan nok bli glemt i prosessen, der alt dreier seg om pasienten» (Nøren et al., 2021, s. 13). Basert på desse funna kan det tilseie at det er hensiktsmessig for pårørnde å delta aktivt i hjerterehabiliteringa. Helsepersonell kan derfor leggje til rette for at dette kan vere mogleg til ein kvar tid. Dette kan vidare forbetre forståinga av livsstilsendring, då pårørnde kan vere med som støttande funksjon. I lys av dette kan sjukepleiarar vere vel så viktige støttespelarar som pårørnde. Det er ikkje alle pasientar som har tilgang på familie som ressurs, og det kan vere pasientar som bur åleine utan pårørnde. Det kan derfor vere viktig å sjå heile pasienten og lytte til korleis dei opplev situasjonen. I tillegg er det vesentleg å spørje pasienten om dei ønskjer at pårørnde skal

vere delaktige i deira rehabiliteringsprosess. Dette kan vere med på å fremje brukarmedverknad (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 429).

Hovudinstrykk frå pasientar i fagartikkelen til Nøren et al. (2021) var at både deltakarane og pårørande hadde eit godt utbytte av erfaringsinnlegga. Auka tryggleik og mestringsstrategiar var eit sentralt utbytte av presentasjonane, der ein snakka om erfaringar kring hjertesjukdom og rehabilitering. Dei erfarne snakka om korleis ein til dømes jobbar seg tilbake til kvardagen og ser moglegheiter framfor begrensingar. Andre deltakarar merka seg: "Å høre at andre har klart det, gir meg tro på at det skal gå bra for meg også" (Nøren et al. 2021, s. 13). Desse erfaringane kan tilseie at auka kunnskap kan gi motivasjon og forståing til å akseptere sin eigen livssituasjon. Hjerterehabilitering er helsefremmande for pasientar, og i følgje Benner og Wrubel (2003, referert i Gammersvik, 2018, s. 119) handlar helsefremming om å fremje meistring hjå menneske. I møte med pasientar som har opplevd hjerteinfarkt, er det viktig å få fram kva som skal til for at pasienten opplev meistring og kontroll over eige liv. Sjukepleiaren kan legge til rette for meistring, og i følgje Mæland (2006, s. 61) er tovegskommunikasjon den beste måten å komme i kontakt med pasienten på. Det kan tenkjast at auka kunnskap om hjertesjukdom og rettleiing i livsstilsending, kan føre til auka brukarmedverknad og deltaking i rehabilitering. I denne samanheng kan ein sjå at sjukepleiaren har ei viktig rolle i hjerterehabilitering.

6. Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva er å belyse pasienterfaringar i hjerterehabilitering etter gjennomgått hjerteinfarkt. Både fag- og forskingslitteratur tyder på at hjerterehabilitering i all hovudsak er ein positiv oppleving ein kan ta med seg vidare i livet. Det kan vere med på å hemme vidare sjukdomsutvikling, der fleire pasientar som deltek i hjerterehabilitering opplev auka livsstilsending. Det er derimot ulike pasienterfaringar der forskning viser til mangelfull individuell tilpassing, informasjon og støtte i rehabiliteringsfasen frå både helsepersonell og pårørande. Det kan sjå ut som det er behov for sosial støtte til pasientane då det kan vere ein avgjerande motivasjonsfaktor for å gjennomføre rehabiliteringa.

Eg ser viktigheita av at helsepersonell er oppteken av pasientane sine erfaringar for å kunne vidareutvikle og tilpasse rehabiliteringstilbodet best mogleg. Samstundes ser ein behovet for nasjonale retningslinjer kring hjerterehabilitering i Noreg for at alle pasientar skal få eit godt tilbod. Litteraturstudien viser at individuell tilpassing er høgst relevant, då pasientane har ulike behov og utgangspunkt før rehabiliteringa startar. Dette kan også vere med på å styrke pasienten sin brukarmedverknad, ved at dei får vere delaktige til å fremje eiga helse.

7. Referanseliste

- Anttila, M.-R., Söderlund, A., & Sjögren, T. (2021). Patients' experiences of the complex trust-building process within digital cardiac rehabilitation. *PLoS ONE*, *16*(3), e0247982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247982>
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229–280). Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54–93). Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 27. oktober). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2020*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2020/>
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Bogenes Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2. utg., s. 112-134). Fagbokforlaget.
- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid- Sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57- 67). Gyldendal.
- Hanna, A., Yael, E.-M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S., & Liora, O. (2020). "It's up to me with a little support" – Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *101*, 103416. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistet*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>

Helsedirektoratet. (2018a, 5. mars). *Fysisk aktivitet ved sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levevaner-og-rad-om-livsstiltiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/fysisk-aktivitet-ved-sekundaerforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer>

Helsedirektoratet. (2018b, 5. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>

Helsedirektoratet. (2020, 17. september). *Hjerteinfarkt—Overlevelse 30 dager etter innleggelse*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/overlevelse-30-dager-etter-innleggelse-for-hjerteinfarkt>

Kjetland, M. B., & Nordstad, M. G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 447–517). Cappelen Damm akademisk.

Lee, M., Wood, T., Chan, S., Marziali, E., Tang, T., Banner, D., & Lear, S. A. (2022). Cardiac rehabilitation program: An exploration of patient experiences and perspectives on program dropout. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(1), 56–63. <https://doi.org/10.1111/wvn.12554>

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid—Ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Bogenes Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 14–36).

Fagbokforlaget.

Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2. utg.). Høyskoleforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nøren, T., Bendixvold, I., Vågan, A., & Oldervoll, L. M. (2021). Hjertesykes erfaringer gjør rehabiliteringen bedre. *Sykepleien*, 86736, e-86736.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86736>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. utg.). Fagbokforlaget.

Simonÿ, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R. (2017). It is not just a Minor Thing—A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 232–240.
<https://doi.org/10.1111/scs.12334>

Stubberud, D.-G. (2016). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 334–393). Cappelen Damm akademisk.

Stubberud, D.-G., & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422–445). Cappelen Damm akademisk.

- Svegården, K., & Tveiten, S. (2021). Rekruttering til Hjerteskolen – tilfeldig eller velbegrunnet helsepedagogisk tiltak? *Sykepleien Forskning*, 83290, e-83290.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.83290>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik & T. Bogenes Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 237–252). Fagbokforlaget.
- Yates, B. C., Vazquez Hernandez, M. L., Rowland, S. A., Bainter, D. E., Schulz, P., & Hanson, C. K. (2018). A Qualitative Study of Experiences of Participants in Cardiac Rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 38(4), E6–E9.
<https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000317>

Vedlegg 1

Søk 3. april 2022. Artikkel 1.				
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing/Limits	Antal treff	Inkludert
S1	Myocardial infarction OR heart attack OR acute coronary infarction		83,911	
S2	Patient experience OR patient perspective OR patient view		65,622	
S3	Heart rehabilitation OR cardiac rehabilitation OR cardiovascular rehabilitation		7,771	
S4	Mastery OR support OR coping		554,500	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		36	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Full text Publication date: 2015-2022 Språk: Engelsk	8	«It is not just a Minor Thing—A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation» (Simonj et al., 2017).

Søk 19. april 2022. Artikkel 2.				
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/Limits	Antal treff	Inkludert
S1	Patients´ experiences		208,443	
S2	Cardiac rehabilitation OR rehabilitation		921,992	
S3	Qualitative study OR qualitative research		461,598	
S4	Digital cardiac rehabilitation		29	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Full text Publication date: 2015-2022 Språk: Engelsk	1	«Patients´experiences of the complex trust-building process within digital cardiac rehabilitation» (Anttila et al., 2021).

Søk 19. april 2022. Artikkel 3.				
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing/Limits	Antal treff	Inkludert
S1	Cardiac rehabilitation		25,302	
S2	Patient experience OR patient view		237,728	
S3	Qualitative study OR qualitative research		184,965	
S4	Patient perspective OR patient view OR patient experience		56,034	
S5	Myocardial infarction		404,296	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Full text Publication date: 2015- 2022 Språk: Engelsk	2	<i>"It's up to me with a little support"</i> - <i>Adherence after myocardial infarction: a qualitative study"</i> (Hanna et al., 2020).

Søk 20. april 2022. Artikkel 4.				
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/Limits	Antal treff	Inkludert
S1	Cardiac rehabilitation program AND patient experience	Full text Publication date: 2015-2022 Språk: Engelsk	23	« <i>Cardiac rehabilitation program: An exploration of patient experiences and perspectives on program dropout</i> » (Lee et al., 2021).

Søk 15. april 2022. Artikkel 5.				
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/Limits	Antal treff	Inkludert
S1	Cardiac rehabilitation OR rehabilitation		25,285	
S2	Qualitative study OR qualitative research		461,027	
S3	Experience		1,765,857	
S4	Participants OR patients		1,793,449	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Full text Publication date: 2015-2022 Språk: Engelsk	186	“ <i>A Qualitative Study of Experiences of Participants in Cardiac Rehabilitation</i> ” (Yates et al., 2018).



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-06-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	07-06-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	459
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7997
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	12
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei