



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAFYS602-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MAFYS602 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	403
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	12148
----------------------	-------

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 *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Ja, St. Olaus hospital



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Hvorfor takke nei til hjerterehabilitering?

Why say no to cardiac rehabilitation?

Vibeke Løckra

Master i klinisk fysioterapi: Fysioterapi ved hjerte- og lungesykdommer
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse og funksjon
Innleveringsdato: 16.05.22

Antall ord: 12148

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle
Kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Innhold

1. Innledning	s 1
1.1 Beskrivelse av rehabiliteringstilbudet på St. Olavs hospital.....	s 2
1.2 Forskning og internasjonale retningslinjer om effekt av hjerterehabilitering.....	s 2
1.3 Formål med studien.....	s 4
1.4 Problemstilling.....	s 5
2. Teori	s 5
2.1 Hjerter- og karsykdom.....	s 5
2.2 Hjerterehabilitering.....	s 6
2.2.1 Hjerterehabilitering i Norge	s 7
2.2.2 Årsaker og prediktorer for ikke å delta på hjerterehabilitering.....	s 8
2.3 Rett til medvirkning, øker kravet til informasjon.....	s 9
3. Metode	s 10
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	s 10
3.2 Design.....	s 10
3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier og rekruttering	s 11
3.3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier	s 11
3.3.2 Rekruttering av informanter	s 12
3.4 Dataproduksjon.....	s 13
3.4.1 Planlegging og gjennomføring av intervju.....	s 13
3.5. Analyse av datamaterialet.....	s 14
3.5.1 Transkripsjon.....	s 14
3.5.2 Analyse.....	s 14
3.6 Beskrivelse av egen rolle som forsker og forkunnskaper.....	s 16
3.7 Etske betraktninger	s 16
4. Resultat	s 17
4.1 Presentasjon av informantene	s 17
4.2 Positiv til hjerterehabilitering, men ulike barrierer hindrer deltakelse.....	s 18
4.2.1 Interesse for å delta på hjertetreningen.....	s 18
4.2.2 Noe kom i veien.....	s 19
4.2.3 Forutinntatt.....	s 19
4.3 Tidspunkt for tilbud om hjerterehabilitering.....	s 20
4.3.1 Få tilbudet tidlig.....	s 20
4.3.2 Normalisert hverdag en hindring for deltakelse.....	s 20
4.4 Informasjon om hjerterehabiliteringen.....	s 21
4.4.1 Husker ikke.....	s 21
4.4.2 Muntlig og skriftlig informasjon.....	s 22
5. Diskusjon	s 23
5.1 Resultat diskusjon.....	s 23
5.1.1 Positiv til hjerterehabilitering, men ulike barrierer hindrer deltakelse.....	s 23
5.1.2 Tidspunkt for tilbud om hjerterehabilitering.....	s 25
5.1.3 Informasjon om hjerterehabiliteringen.....	s 26
5.2 Metode diskusjon.....	s 27

5.2.1. Kritisk vurdering av metode og vitenskapelig perspektiv.....	s 28
5.2.2 Kritisk vurdering av utvalg og rekruttering.....	s 28
5.2.3 Kritisk vurdering av datainnsamling.....	s 29
5.2.4 Kritisk vurdering av transkribering, analyse og valg av teoretisk perspektiv.....	s 30
5.3 Refleksivitet, validitet og relevans.....	s 31

6. Konklusjon.....	s 32
6.1 Oppgavens bidrag	s 32
6.2 Videre behov for kartlegging.....	s 33

Litteraturliste.....	s 34
-----------------------------	-------------

Liste over tabeller

1. Studier som har undersøkt effekt av hjerterehabilitering.....	s 7
2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier til studien.....	s 12
3. Systematisk tekstkondensering – utdrag fra analysen.....	s 15
4. Informasjon om informantene i studien.....	s 18

Vedlegg

Vedlegg nr. 1 Timeplan

Vedlegg nr. 2 Standardisert pasientforløp

Vedlegg nr. 3 Informasjon og samtykkeskjema

Vedlegg nr. 4 Intervjuguide

Vedlegg nr. 5 Fremleggingsvurdering REK, 2 sider

Vedlegg nr. 6 Prosedyre 42338 med DIPA, 2 + 2 sider

Forord

Å tilegne seg kunnskap skaper mulighet for utvikling.

Etter mer enn 20 år som kliniker følte jeg et behov for å utfordre meg selv, gjennom dette masterforløpet har jeg virkelig fått tilfredsstilt dette behovet.

Jeg ønsker å takke mange som har hjulpet meg i prosessen med å skrive en masteroppgave.

Min mann og gode venner som har oppmuntret og hatt tro på meg gjennom disse to årene.

Min firbeinte venn som har krevd luftepauser slik at jeg har fått klarnet hode.

Mine ledere på jobb som har motivert meg og lagt til rette for at det ble mulig å gjennomføre masterforløpet.

Ansatte ved klinikk for hjertemedisin med sin positive velvillighet, fra sekretær som har stått for rekruttering av informanter til forskningsutvalget og klinikksjef.

Mine kolleger for støtte, tålmodighet og hjelp.

Og ikke minst mine veiledere Liv Heide Magnussen og Tove Dragesund som har drevet meg framover i skriveprosessen med sine konkrete og konstruktive tilbakemeldinger og intelligente kommentarer.

Sammendrag

Bakgrunn: En femtedel av Norges befolkning lever i dag med etablert hjerte- og karsykdom, eller har høy risiko for slik sykdom. Effekten av hjerterehabilitering er godt dokumentert, og deltakelse i hjerterehabilitering er forbundet med forbedret livskvalitet og redusert sykkelighet og dødelighet. Til tross for dette er det forholdsvis få pasienter med etablert hjerte- og karsykdom som deltar i hjerterehabilitering, i Norge er deltakelsen i underkant av 30 %. Lite forskning er gjort for å prøve å finne ut hvorfor det er så få som deltar. Formålet med studien er derfor å få en dypere forståelse for hvorfor noen takker nei til å delta. Økt kunnskap rundt dette vil kunne bidra til en bedre forståelse for faktorer som påvirker pasientens avgjørelse, og muligens avdekke et behov for å endre rutiner rundt rekruttering.

Metode: For å belyse problemstillingen ble det benyttet en kvalitativ forskningsmetode hvor et utvalg pasienter med etablert hjerte- og karsykdom som hadde avslått å delta på hjerterehabilitering ble intervjuet. Analysemodellen systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere tekstmateriale fra åtte semistrukturerte dybdeintervju.

Resultat: Resultatene viste at informantene i studien var positive til hjerterehabiliteringen, og hadde ønske om å delta, men ulike personlige og praktiske hindringer var årsak til at de hadde avslått tilbudet. Tidspunktet for når de hadde fått tilbud om hjerterehabilitering var også en årsak til ikke å delta. Tilbudet hadde kommet for seint, de hadde kommet i gang med fysisk aktivitet og trening selv, de som var yrkesaktiv var tilbake i jobb, og de følte derfor ikke lenger behov for å delta. Informasjon om hjerterehabiliteringen var essensielt for informantene. Opplevelsen av å ha fått for lite informasjon både når de var inneliggende, men også etter hjemkomst ble trukket fram som en faktor som hadde påvirket dem når de skulle ta avgjørelsen om å delta på hjerterehabiliteringen.

Konklusjon: Resultatene av studien har nytteverdi for sykehuset. Informasjonen om de ulike årsakene til hvorfor informantene valgte å avstå fra å delta på hjerterehabiliteringen, kan brukes for å endre rutiner omkring hjerterehabiliteringen ved St Olavs hospital. Endrede rutiner kan forhåpentligvis bedre deltakelsen ved hjerterehabiliteringen, noe som er viktig for å bedre prognosen til pasienter med hjerte- karsykdom. Dette kan også ha en positiv samfunnsøkonomisk effekt.

Abstract

Background: A fifth of Norway's population suffers, or are at risk of developing, cardiovascular disease. The benefits of participating in a cardiac rehabilitation programme is well documented; it may increase quality of life, reduce risk of disease and reduce mortality. Despite these benefits, cardiac rehabilitation participation rates remain low at 30% in Norway. Few studies have been done to determine the reasons for low participation in rehabilitation. The aim of this study is therefore to look at factors affecting participation. An increased understanding around barriers to participation could lead to changes in routines and other factors that could influence patient participation.

Method: A qualitative research method was used in this study. A selection of patients suffering cardiovascular disease who had declined offer of participation in a cardiac rehabilitation class were interviewed. The analysis model systematic text condensation was used to analyse the text material from eight semi-structured in-depth interviews.

Results: The results show that all the subjects were initially positive to attending a cardiac rehabilitation programme but declined the offer due to either personal or practical reasons. One common given reason was Insufficient information whilst in hospital or after discharge. The timing of the offer also seemed to be of relevance. Several of the subjects reported that the offer came too late; at a point when they had already returned to full normal activity and, if relevant, back at work.

Conclusion: The results of this study may be of value to St. Olavs hospital. It may change how cardiac rehabilitation is organized. A change in these routines may improve participation rates, thus improving the prognosis of patients suffering cardiovascular conditions. This may also have a positive influence on socio-economic factors.

1 Innledning

I innledningen vil jeg beskrive bakgrunn for valg av tema, hjerterehabiliteringen ved St Olavs hospital, relevant forskning og internasjonale retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer i klinisk praksis, samt formålet med studien og problemstillingen.

Jeg ble oppmerksom på at forholdsvis få deltar på hjerterehabilitering i Norge under deltakelse på et nasjonalt nettverksseminar for helsepersonell arrangert av Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin i 2019. Denne informasjonen vekket interesse for å øke kunnskapen om deltakelse i hjerterehabilitering og da særlig på min egen arbeidsplass som er St Olavs hospital. Jeg gjennomførte et søk hvor jeg fant informasjon fra hjerteinfarktregisteret om hvor mange som hadde gjennomgått hjerteinfarkt og var hjemmeboende i Trondheim kommune i 2018. Det dreide seg om 335 pasienter. Ved å hente ut statistikk fra St. Olavs hospitals poliklinikk system, viste det seg at kun 30% av disse personene hadde deltatt på treningsbasert hjerterehabilitering. Denne prosentandelen bekreftet informasjonen om at i underkant av 30% deltar på hjerterehabilitering i Norge presentert på det nasjonale nettverksseminaret.

Fram til 2017 var hjerte- og karsykdommer den vanligste dødsårsaken i Norge da kreft overtok. I 2020 døde 9513 personer av hjerte- og karsykdommer, og dette var 23,5 % av alle dødsfall i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021c). Selv om det er registrert en nedgang i forekomsten av hjerte- karsykdommer under koronapandemien er det fortsatt en stor andel personer som kommer til poliklinisk konsultasjon eller blir innlagt på norske sykehus pga hjerte- karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2021a). Over 200 000 av pasientene som hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2020 hadde hjerte-karsykdom som hoveddiagnose. En femtedel av Norges befolkning får forebyggende behandling mot eller lever med en hjerte-karsykdom (Folkehelseinstituttet, 2014). For å forebygge nye hjerte-karrelaterte hendelser, er hjerterehabilitering viktig som sekundærforebygging. Ifølge internasjonal forskning og retningslinjer er hjerterehabilitering en av de viktigste faktorer ved medisinsk oppfølging av hjertepasienter (Abell et al., 2017; Anderson et al., 2016; Visseren et al., 2021). Konsekvensene av og ikke delta på hjerterehabilitering er derfor store med tanke på den enkeltes prognose, helseøkonomisk og samfunnsmessig.

1.1 Beskrivelse av hjerterehabiliterings tilbudet på St. Olavs hospital

St. Olavs hospital tilbyr rehabilitering til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, Perkutan Koronar Intervensjon (PCI) eller coronar artery bypass graft (CABG). Rehabiliteringen består av et tverrfaglig teoretisk dagskurs og trening to dager i uken i tre måneder; til sammen 24 treninger. Det tilbys trening både i tidlig fase, Fase 2 a og høyintensitetstrening/Fase 2 b (faseinndelingen beskrives i teorikapittelet). Kun et fåtall av pasientene møter fysioterapeut i fase 1, dvs rehabilitering mens de er inneliggende. Det er kun de som får en hjertestans som følge av hjerteinfarkt og de som gjennomgår åpen hjertekirurgi som møter fysioterapeut. De som gjennomgår et ukomplisert hjerteinfarkt og/eller PCI har svært kort liggetid og møter ikke fysioterapeut før de deltar på poliklinisk hjertekurs eller hjertetrening. For at alle som deltar på hjerterehabiliteringen ved St. Olavs hospital skal få best mulig rehabilitering, har vi flere ulike treningsgrupper. Deltakerne plasseres i den treningsgruppen de passer best inn i ut ifra fysisk funksjonsnivå. Treningen som tilbys er basert på høyintensitetstrening (ikke fase 2 a) i intervaller med innslag av styrketrening og bevegelsestrening. En av treningsgruppene gjennomføres digitalt, slik at de som ikke kan eller ikke ønsker å delta på trening fysisk på sykehuset også får et tilbud (se vedlegg nr. 1). Sykehuset henviser systematisk pasienter som har vært inneliggende med akutt hjerteinfarkt, gjennomgått PCI eller CABG; se eksempel (vedlegg nr. 2) på et av de standardiserte pasientforløpene for hjertepasienter ved St. Olavs hospital.

1.2 Forskning og internasjonale retningslinjer om effekten av hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering beskrives av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som den behandlingsprosessen som trengs for at pasienter med hjerte- og karsykdom blir i stand til å optimalisere sin fysiske, mentale og sosiale atferd, og dermed gjenopptar et aktivt liv i samfunnet (Organization, 1993). Anbefalinger om at alle pasienter med kjent hjerte- og karsykdom skal få tilbud om hjerterehabilitering med fokus på endring av livsstil, håndtering av risikofaktorer og psykososial støtte finnes i internasjonale retningslinjer (Piepoli et al., 2016; Visseren et al., 2021). Disse viser til at treningsbasert rehabilitering har den sterkeste anbefalingsgraden for å forebygge ny sykdom hos pasienter med koronar hjertesykdom. Flere studier viser at trening reduserer risiko for nye sykehusinnleggelseser og tidlig død samt

at den bedrer livskvaliteten for pasienter med hjerte- og karsykdom (Anderson et al., 2016; Lawler et al., 2011; Taylor et al., 2014). I 2020 presenterte Den europeiske foreningen for preventiv kardiologi et posisjonsdokument som inneholder råd om hvordan tverrfaglig hjerterehabilitering bør gjennomføres. Målet er at de som deltar på hjerterehabilitering oppnår livsstilsendringer som reduserer risiko for ny sykdom og funksjonsnedsettelse. Rådene tar blant annet for seg hva som er best mulig intensitet under utholdenhet - og styrketrening ut ifra pasientens diagnose (Ambrosetti et al., 2020).

To systematiske oversikter viser at organisert treningsbasert hjerterehabilitering er kostnadseffektivt (Oldridge & Taylor, 2020; Shields et al., 2018). I to engelske studier viste beregninger at ved og tilnærmet doble antall deltakere på organisert treningsbasert hjerterehabilitering, kan man unngå 21000 sykehusinnleggelse, og 8500 dødsfall over en 10 årsperiode (Barradas-Pires, 2019; Hinde et al., 2019).

Det er ingen Norske retningslinjer for hjerterehabilitering, men en veileder om hjerterehabilitering finnes på Helsebiblioteket; -Hjerterehabilitering- Veileder i fysisk medisin og rehabilitering, 2021 (Grimsmo, 2021). De finnes heller ikke statistikk i nasjonale registrere som Statistisk sentralbyrå, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet over hvor mange som deltar på hjerterehabilitering i Norge. Helsedirektoratet har statistikk som omhandler rehabilitering og hjerte- og karsykdom. En av rapportene beskriver hvor mange med sykdommer i sirkulasjonssystemet som deltar på rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dessverre skiller ikke denne rapporten mellom rehabilitering etter hjerneslag eller hjerterehabilitering (Mehus, 2018). Antall polikliniske konsultasjoner for pasienter som har en hjerte- og karrelatert diagnosekode med opphold i spesialisthelsetjenesten finnes i Hjerte – og karregisterets statistikkbank under Folkehelseinstituttet, men det finnes ingen oversikt hva konsultasjonen inneholder (Folkehelseinstituttet, 2021b). Det som finnes av dokumentasjon som omhandler hjerterehabilitering og deltagelse i Norge er to studier av forholdsvis ny dato. Den ene studien, er en understudie av NorStent- studien, hvor over 9000 deltakere med gjennomgått Perkutan Koronar Intervensjon (PCI) svarte på et spørreskjema om de hadde deltatt på hjerterehabilitering. På landsbasis hadde kun 27,6% deltatt. Prosentandelen varierte fra 20-31% mellom de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge hadde en deltakerprosent på 31 (Olsen et al., 2018), noe som stemmer overens med det søket jeg gjennomførte på egen

arbeidsplass ved St. Olavs hospital. Den andre studien sammenlignet to nabosykehus med forskjellig innhold når det gjelder hjerterehabiliterings tilbudet. 75% av aktuelle hjerterepasienter deltok på hjerterehabilitering i Vestfold, kun 18% i Drammen (Peersen et al., 2017). Denne studien viser stor variasjon i deltakelse, men ingen av studiene hadde sett på hvorfor det virker å være så få som deltar i hjerterehabiliteringsprogram til tross for den dokumenterte effekten. I Sverige har man et nasjonalt register (SWEDEHEART) som blant annet registrerer hvor mange som deltar på hjerterehabilitering. 80% av de som henvises til hjerterehabilitering deltar (Bäck et al., 2021). En europeisk kartlegging fra 2018 viste også at 81% av de henviste deltok på hjerterehabilitering (Kotseva et al., 2018). I Norge finnes ingen tilsvarende oversikt. En artikkel publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening i fjor viste en kartlegging av rutiner ved utskriving og poliklinisk oppfølging etter hjerteinfarkt ved norske sykehus. 92 % av sykehusene tilbød tverrfaglig hjerterehabilitering, hjertescole/kurs eller hjertetrening, men det er stor variasjon i rutiner for utskriving. Kartleggingen avdekket at 83% av sykehusene har systematisk henvisning til hjerterehabilitering (Peersen et al., 2021). Det kan tyde på at henvisningsrutinene i Norge er systematiske, men at få av de henviste pasientene allikevel deltar på hjerterehabiliteringen. Her skiller norske forhold seg fra svenske (Bäck et al., 2021) og europeiske (Kotseva et al., 2018).

Da det viste seg vanskelig å finne informasjon om hvorfor forholdsvis få deltar på hjerterehabilitering i Norge ble målet for denne masteroppgaven å utforske dette først og fremst ved egen arbeidsplass.

1.3 Formål med studien

Det finnes lite kunnskap om hvorfor forholdsvis få deltar på hjerterehabilitering her i landet. Formålet med denne studien er derfor å få en dypere forståelse for hvorfor noen takker nei til å delta. Økt kunnskap omkring dette vil kunne bidra til en bedre forståelse for faktorer som påvirker grunnlaget for pasientens avgjørelse, og mulig kunne bidra til å endre rutiner og forhold som kan påvirke disse.

1.4 Problemstilling

Hvorfor avslår pasienter å delta på hjerterehabilitering i etterkant av en akutt hjertehendelse? En kvalitativ intervjustudie av et utvalg pasienter med etablert hjerte- og karsykdom.

2 Teori

I dette kapittelet presenteres relevant teori. Hjerte- og karsykdom beskrives og sentrale behandlingstiltak belyses. Både målsetning med -, effekter av - og retningslinjer om hjerterehabilitering presenteres. Det gis en forklaring på hvordan hjerterehabilitering foregår i Norge, og jeg belyser relevant forskning som har sett på årsaker til hvorfor pasienter avstår fra å delta på hjerterehabilitering. Til slutt presenteres teori i forhold til pasientmedvirkning som er av betydning for studien.

2.1 Hjerte- og karsykdom

Ved sykdommer i hjerte og hjertes blodårer, også kalt kransårer brukes ofte samlebegrepet hjerte og karsykdommer. De vanligste hjertesykdommene er angina pectoris, hjerteinfarkt, ulike former for arytmi og hypertensjon/høyt blodtrykk. Blodpropp, aorta-aneurisme og claudicatio intermittens/røykebein er vanlige karsykdommer (Arnesen, 2022). En annen samlebetegnelse for hjerteinfarkt og angina pectoris/hjertekrampe er iskemisk hjertesykdom. Årsaken til iskemisk hjertesykdom er prosesser som gir fettavleiringer, innsnevring og tilstopping av blodåreveggen. Denne tilstanden kalles også aterosklerose, og fremskyndes av flere risikofaktorer som hypertensjon, dyslipidemi, diabetes mellitus, røyking og overvekt. For å bremse utviklingen av aterosklerose anbefales røykekutt, redusere overvekt og øke fysisk aktivitet. Ved hjerteinfarkt er det sterkt nedsatt eller opphevet blodtilførsel til hjertemuskulaturen via kransårene. Hjertemuskelceller går da til grunne pga opphørt oksygentilførsel/iskemi. Årsakene til hjerteinfarkt er sammenfallende med årsakene til aterosklerose. Angina pectoris/hjertekrampe er når en eller flere kransårer er delvis tilstoppet slik at blod- og oksygentilførsel blir redusert (Folkehelseinstituttet, 2014). Behandlingen ved hjerte- og karsykdommer er sammensatt, men i de fleste tilfeller forsøker man først å åpne den tette eller trange åren, slik at blod og oksygentilførselen til

hjertermuskelen bedres. Den vanligste behandlingen er Perkutan koronar intervensjon (PCI)/ utblokking og skjer ved at et kateter føres inn via en blodåre på i håndleddet eller i lysken opp til den tette kransåren i hjertet, en ballong blåses opp for å åpne det tilstoppede eller forsnevrede området, og ofte settes en stålforsterker/stent inn for å holde området åpent. En mer invasiv behandlingsmetode er åpen hjertekirurgi, coronar artery bypass graft (CABG) hvor man syr inn en blodåre hentet fra innsiden av brystkassen og/eller en blodåre høstet fra pasientens legg for å føre blodstrømmen forbi den/de tette eller trange kransårene. Neste del av behandlingen går ut på å forebygge videre utvikling av hjerte- og karsykdommer, hvor påvirkbare risikofaktorer som røyking, høyt blodtrykk og kolesterol, kosthold, lav fysisk aktivitet, diabetes og overvekt står i sentrum. Det er her hjerterehabilitering kommer inn (Delgado-Cohen et al., 2021).

2.2 Hjerterehabilitering

Målsetting med hjerterehabilitering er å redusere risikoen for nye kardiovaskulære hendelser gjennom å motivere pasientene til varige livsstilsendringer. Tema som blir belyst er blant annet fysisk aktivitet og trening, sunne kostholdsvaner, røykeslutt, stressmestring og medikamentell behandling av blodtrykk og kolesterol. Man ønsker også å bedre livskvaliteten og det generelle funksjonsnivået til de som deltar på hjerterehabiliteringen. I tillegg er det viktig at pasienten lærer å mestre sin egen sykdom slik at de føler seg trygge. Det finnes få randomiserte kontrollerte studier som viser effekten av hjerterehabilitering. De studiene som finnes, er en dansk studie som sammenlignet sykehusbasert hjerterehabilitering med det som beskrives som vanlig behandling, dvs en kontrolltime ved sykehuset med søkelys på å optimalisere medisinerings (Zwisler et al., 2008) og en italiensk studie som fulgte over 3000 hjerteinfarktpasienter i 3 år. Intervensjonsgruppen fikk hjerterehabilitering i form av individuell oppfølging, trening og veiledning om livstil, og kontrollgruppen ble overlatt til sin egen lege for oppfølging. Legen fikk et brev med informasjon om målsettingen for sekundærforebygging (Giannuzzi et al., 2008). Det finnes flere systematiske oversikter og metaanalyser som omhandler effekt av hjerterehabilitering, disse presenteres i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Studier som har undersøkt effekt av hjerterehabilitering

Effekt i form av:	Systematiske oversikter og metaanalyser		
Reduksjon i total død	(Rauch et al., 2016)	(Abell et al., 2017)	
Reduksjon i kardiovaskulær død	(Anderson et al., 2016)	(van Halewijn et al., 2016)	(Abell et al., 2017)
Reduksjon i hospitalisering	(Anderson et al., 2016)		
Reduksjon i nye hendelser	(Anderson et al., 2016)	(Abell et al., 2017)	
Forbedring i livskvalitet	(Anderson et al., 2016)	(Rauch et al., 2016)	

De fire systematiske oversiktene og metaanalysene presentert i tabellen over, viser effekt av hjerterehabilitering, i form av lavere risiko for å dø uansett årsak, redusert risiko for å dø av hjerte- og karsykdom, reduksjon i nye hendelser, færre sykehusinnleggelseser og forbedring i livskvalitet. Den overbevisende dokumentasjonen som viser effekt av hjerterehabilitering er bakgrunn for europeiske retningslinjer som gir anbefalinger for praksis, beslutningsstøtte og er basert på best tilgjengelig kunnskap. Retningslinjene ved hjerterehabilitering er fra European Society of Cardiology (ESC) og disse sier noe om hvordan hjertepasienter bør følges opp. I denne retningslinjen har hjerterehabilitering en klasse 1A anbefalingsgrad. Dette er den sterkeste anbefaling støttet av forskningsbasert kunnskap for hjerte- og karpasienter (Piepoli et al., 2016). Retningslinjen er nylig oppdatert, og hjerterehabilitering har fortsatt en klasse 1 A anbefaling, men den nyeste utgaven har mer fokus på å individualisere behandlingen for hjertepasienten (Visseren et al., 2021).

2.2.1 Hjerterehabilitering i Norge

Helsedirektoratet anbefaler strukturert hjerterehabilitering, regelmessig trening og fysisk aktivitet for alle personer med etablert hjerte- og karsykdom (Helsedirektoratet, 2018, 5. mars), men det finnes p.t. ingen nasjonale retningslinjer. På lik linje med diagnostisering, behandling, forskning og utdanning av helsepersonell er pasient og pårørendeopplæring en lovforankret oppgave for spesialisthelsetjenesten. Mestring av sykdom ved hjelp av god informasjon og opplæring, er essensielt i tillegg til ren medisinsk behandling (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Til tross for anbefalingene fra helsedirektoratet og lovverket som skal sikre at hjertepasienter får hjelp til å mestre sin sykdom, er det store forskjeller i oppfølgingen av hjerte- og karpasienter i Norge i dag. Dette gjelder både

deltagelse i hjerterehabiliteringsprogrammer og medisinsk behandling. Dette belyses i artikkelen *Rehabilitering og sekundærforebygging etter hjerteinfarkt ved sykehus* hvor man har gjennomført en kartlegging av rutiner ved utskrivning og poliklinisk oppfølging etter hjerteinfarkt ved alle norske sykehus (Peersen et al., 2021). I dag har de aller fleste store og mellomstore sykehus et treningsbasert hjerterehabiliteringstilbud (St. Olavs hospital, u.å). Rehabiliteringen deles inn i ulike faser, her beskrevet som i tidsskriftet for faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi i Norsk fysioterapeutforbund.

Fase 1: Rehabilitering på sykehus av inneliggende pasienter. Mobilisering og informasjon om risikofaktorer og verdien av fysisk aktivitet. Til opererte hjertepasienter i form av pre-operativ informasjon og postoperativ lungefysioterapi og mobilisering.

Fase 2 a: Tidlig rehabilitering med hjerteskolet (undervisning og veiledning) som bør inkludere strukturert trening på lav/middels intensitet, Borg skala 11-13.

Fase 2 b: Rehabilitering som bør inkludere trening med høyere intensitet, Borg skala 15-17. Det anbefales arbeidsbelastningstest med EKG før oppstart av trening i denne fasen, både for å vurdere risiko og for å gi best mulig grunnlag for å beregne riktig treningsintensitet.

Fase 3: Vedlikeholdstrening/ «frisktrening» i privat regi, idrettslag, egentrening. (Nilsson & Peersen, 2009)

Borg skala er en subjektiv skala som benyttes for å måle opplevelse av anstrengelse. Skalaen er en tabell gradert fra 6-20, der 6 er hvile og 20 er maksimal innsats. Skalaen er spesielt nyttig for å bestemme intensitet hos utrente og pasienter som bruker betablokker (Borg, 1970).

2.2.2 Årsaker og prediktorer for ikke å delta på hjerterehabilitering

En kvalitativ studie har undersøkt hvorfor hjertepasienter ikke deltar på hjerterehabilitering (Caughers et al., 2020). Dette var en engelsk studie med bruk av semistrukturert fokusgruppe intervju av 26 pasienter som enten hadde fullført, deltok eller ikke hadde deltatt i et hjerterehabiliteringsprogram. Studien viste at den viktigste årsaken til å ikke delta var komorbiditet. En systematisk oversikt og metasyntese av 34 kvalitative studier fra årene 1999-2010 undersøkte årsaker for ikke å delta på hjerterehabilitering. Åtte land var her

representert, ikke Norge. Det som ble fremhevet i denne oversikten var fysiske hindringer, som mangel på transport og økonomiske utfordringer, personlige hindringer, som at man syntes det var flaut, og misforståelse omkring hensikten med å delta (Neubeck et al., 2012). I en belgisk studie hvor 226 pasienter svarte på et spørreskjema om hvorfor de avsto fra eller ikke fullførte et hjerterehabiliteringsprogram viste resultatene at 86% hadde blitt forespurt om deltakelse, av disse hadde 81% akseptert tilbudet, og av disse igjen hadde 77% fullført hjerterehabiliteringsprogrammet. Årsakene til å avslå tilbudet var forhold som lang reisevei, at de mente de kunne ivareta rehabiliteringen selv og at de ikke hadde tid til å delta (De Vos et al., 2013). En engelsk prospektiv studie viste at de som ikke deltok på hjerterehabilitering var av høy alder, hadde lite oversikt over egne kolesterolverdier, var ikke yrkesaktive, hadde lite forståelse for at egen helse er påvirkbar av livstil og kunne være en årsak til egen hjertesykdom (Cooper et al., 1999). Flere andre studier viser mange av de samme prediktorene for ikke å delta på hjerterehabilitering: høy alder, kjønn (kvinner deltar sjeldnere enn menn), lav sosioøkonomisk status og økende forekomst av risikofaktorer (Nielsen et al., 2008; Witt et al., 2004). Samtidig viser studier at de samme prediktorene gjelder ved kartlegging av hvem som ikke blir henvist til rehabilitering (Brown et al., 2009; Colbert et al., 2015; Dahhan et al., 2015; Shanmugasaram et al., 2013).

2.3 Rett til medvirkning, øker kravet til informasjon

Michael Balint's teoretiske bidrag om å sette pasienten i sentrum i relasjonen mellom pasienten og profesjonell er relevant temateori i denne studien. Balint's pasient sentrerte medisinmodell er et viktig bidrag til pasientmedvirkning og samvalg som er viktige tema innenfor helsesektoren i dag. Balint mente at det er samhandlingen mellom pasient og fagutøver som fører til en vellykket behandling, og derfor er det essensielt å utforske pasientens subjektive opplevelse av sykdom. I en likestilt forbindelse mellom pasienten og fagutøveren vektlegges pasientens erfaringsgrunnlag som gyldig kunnskap (Balint et al., 2013) Lov om pasient- og brukerrettigheter bidrar i dag til å sikre pasienten rett til medvirkning. Retten til medvirkning og informasjon forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Retten til å medvirke øker dermed kravene til informasjon fra det behandelende helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021).

3 Metode

I dette kapittelet belyser jeg oppgavens vitenskapsteoretiske perspektiv og knytter det opp mot valg av metode, samt beskriver hvordan utvalget ble rekruttert, datainnsamlingen ble gjennomført, transkribert og analysert. Deretter vil vurdering av egen forskerrolle samt etiske forhold belyses.

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

For å belyse problemstillingen i prosjektet er det valgt en kvalitativ forskningsmetode med en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. Kvalitativ forskning søker å forstå hvordan vi mennesker oppfatter verden og hvilke relasjoner som betyr noe for oss (Thornquist, 2018, s. 244). Både fenomenologien og hermeneutikken som filosofiske retninger er viktig bidragsyttere når vi snakker om forståelse og utforsking av mennesker som formidler noe (Malterud, 2017, s. 27). Fenomenologien gjennom ønsket om å forstå hvilke valg mennesker tar ut ifra deres egen beviste og ubeviste tilegnede erfaring og kunnskap. Hermeneutikken gjennom hvilke tanker, oppfatninger og holdninger vi har, som er avgjørende for hvordan vi forstår og tolker (Thornquist, 2018, s. 171). Gjennom valgt metode får jeg en mulighet til å gå i dybden på utsagn fra et lite utvalg personer. Målet er å få fram informantenes stemme, men dette er ikke mulig uten tolkning og analyse. En interesse om å forstå menneskers handlinger er fremtredende i fenomenologien som er opptatt av å undersøke opplevelser fra et førstepersonsperspektiv. Alle personer har en bakgrunn, interesse og forforståelse som påvirker dem slik at et og samme fenomen oppleves individuelt ut ifra personens ståsted (Thornquist, 2018, s. 106). Hermeneutikken omhandler hva forståelse er, og spørsmål knyttet til fortolkning av deler og helhet står sentralt (Thornquist, 2018, s. 167). Prosjektet har forankring i hermeneutikken gjennom analyseprosessen som gjennomføres, hvor jeg har forsøkt å forstå hva de ulike informantene erfarte og opplevde da de takket nei til deltakelse på hjerterehabilitering. Hermeneutikken gjør seg også gjeldende i mitt forsøk på å bli bevisst min forforståelse som jeg beskriver senere i metodekapittelet.

3.2 Design

Studien har et kvalitativt fenomenologisk-hermeneutisk forskningsdesign, med bruk av

semistrukturerte individualintervjuer for å innhente informasjon fra informantene. Problemstillingen belyses og besvares gjennom dybdeintervjuene i håp om å få belyst alle relevante tema, samt gi rom for at informantene kan bringe på bane det de opplever som viktig. Jeg ønsket å få en forståelse av hvorfor pasienter som har gjennomgått en akutt hjertehendelse velger å takke nei til å delta på hjerterehabilitering. Målet er at dypere innsikt vil bidra til nyttig kunnskap, som kan brukes til å øke deltagelsen i hjerterehabilitering. Før å få svar på dette var jeg avhengig av å snakke med pasienter som har avslått tilbudet om hjerterehabilitering ved St Olavs hospital, slik at de kunne formidle egne tanker, erfaringer og opplevelser fra den dagen de fikk hjerterehabiliteringstilbudet.

3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier og rekruttering

3.3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Pasienter med ulike hjerterelaterte diagnoser deltar på hjerterehabilitering på St Olavs hospital. Jeg valgte å avgrense studien ved å velge pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt, og/eller PCI som aktuelle, da majoriteten av de som deltar på hjerterehabilitering har disse diagnosene (se tabell 2). Spredning i alder på de som deltar på hjerterehabiliteringen på St Olavs hospital er stor. Den eldste som har deltatt har vært 89 år og den yngste 20 år. Jeg hadde håp om å få spredning i alder blant informantene samt at begge kjønn ble representert. Å intervju noen om en hendelse flere år tilbake i tid kan by på utfordringer med tanke på hva intervjuobjektene husker. Jeg ønsket derfor kontakt med pasienter som relativt nylig hadde avslått tilbudet om hjerterehabilitering. Fordi jeg også hadde tanker om at det kunne bli vanskelig å få tak i informanter, og at koronapandemien kan ha innvirket, valgte jeg å sette en grense på tre år for hvor lenge siden pasientene hadde fått tilbud om hjerterehabilitering. Flere eksklusjonskriterier ble valgt da det var viktig for meg å få tak i informanter som kunne ha deltatt på hjerterehabiliteringen og som var i stand til å formidle hvorfor de hadde takket nei til tilbudet. Inklusjon og eksklusjonskriterier som ble valgt er satt opp i tabell 2 nedenfor.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier til studien

inklusionskriterier	eksklusjonskriterier
Pasienter som har takket nei til tilbud om å delta i hjerterehabilitering ved St. Olavs hospital i løpet av de siste tre årene og som har gjennomgått hjerteinfarkt og/eller PCI.	Personer som har takket nei til deltakelse i hjerterehabilitering og oppgir koronapandemien som årsak til dette.
Pasienter mellom 18-90 år.	Personer som ikke snakker norsk.
	Pasienter med demens eller annen kognitiv svekkelse.
	Multimorbide pasienter som ikke er i stand til å delta på rehabiliteringstilbudet pga stor funksjonsnedsettelse.
	Pasienter som tidligere har deltatt på hjerterehabilitering ved St. Olavs hospital.

3.3.2 Rekruttering av informanter

Rekruttering av informanter ble foretatt av en sekretær ved Klinikk for hjertemedisin som inviterte personer som hadde takket nei til hjerterehabiliteringstilbudet til å delta i studien. Sekretæren ringte til personer som allerede hadde takket nei til hjerterehabilitering, eller ikke møtte opp til oppsatt time. Personer som selv tok kontakt i løpet av rekrutteringsperioden for å melde seg av hjerterehabiliteringstilbudet ble også forespurt om de ville delta i et intervju. Til sammen ble 22 personer invitert til å bli intervjuet, 13 aksepterte og fikk tilsendt skriftlig informasjon og samtykkeskjema (se vedlegg nr. 3). Rekrutteringen foregikk i løpet av januar, februar og mars 2022. Jeg fikk oversikt over informantene fra sekretæren som hadde stått for rekrutteringen og kontaktet dem per telefon. To ble ekskludert da det viste seg at disse hadde misforstått både den muntlige og skriftlige informasjonen gitt av sekretæren som rekrutterte dem til prosjektet og begge ønsket å delta på hjerterehabiliteringen. Disse er nå med på hjertetrening på St. Olavs

hospital. Jeg hadde en målsetting om å rekruttere ti informanter, da jeg antok at det var tilstrekkelig antall til å få både dybde- og variasjonskunnskap omkring studiens problemstilling. Jeg endte opp med åtte informanter da jeg så at flere like utsagn gikk igjen. Slik kunne jeg konkludere med at temaet var relativt uttømt. Jeg begynte også å kjenne på et visst tidspress for å komme i mål med prosjektet innenfor tidsrammen.

3.4 Dataproduksjon

3.4.1 Planlegging og gjennomføring av intervjuene

Som forberedelse til intervjuene laget jeg en intervjuguide (se vedlegg nr. 4) som baserte seg på noen innledende spørsmål og flere åpne nøkkelspørsmål med utdypende underspørsmål. Sistnevnte med søkelys på å prøve å få informantene til å snakke fritt uten å påvirke dem. Intervjuguiden ble derfor ikke fulgt slavisk, men ble brukt som en påminnelse til meg selv slik at jeg underveis i hvert intervju holdt en oversikt over om informantene hadde vært innenfor de temaene jeg ønsket. Målet var at informantene skulle fortelle sin egen historie om hva som skjedde da de fikk tilbud om å delta på hjerterehabilitering. Jeg etterstrebet å stille enkle spørsmål og lytte til hva de fortalte uten å avbryte i tråd med Malteruds (2017) anbefalinger. Temaene jeg ønsket belyst var hvordan pasientene fikk tilbud om deltakelse i hjerterehabilitering, av hvem og hvilken informasjon de fikk. Hvilke opplevelser de hadde da de fikk tilbudet, og om de eventuelt hadde noen eksempler på hva som kunne ha vært gjort annerledes for at tilbudet skulle være mer attraktivt for dem å delta på. Jeg håpet også de hadde noen tanker for hva som skal til for at flere vil benytte seg av hjerterehabiliteringstilbudet ved St. Olavs hospital. Jeg brukte to lydopptakere for å være sikker på at ingen data skulle gå tapt dersom en av opptakerne ikke virket eller ble ødelagt under intervjuene. For noen av informantene passet det å gjennomføre intervjuet med en gang, hos andre gjordet jeg en avtale og ringte dem tilbake når det passet best for dem. Informantene fikk tilbud om å delta via telefon, Skype/video eller ved fysisk oppmøte på sykehuset. En av intervjuobjektene valgte å komme på sykehuset for å la seg intervju, de andre valgte telefonintervju. I starten av alle intervjuene forklarte jeg bakgrunnen for prosjektet og informerte dem nøye om taushetsplikt og anonymisering. Intervjuene ble gjennomført i løpet av februar og mars. Intervjuene hadde varighet på 10 til 30 minutter.

3.5 Analyse av datamateriale

3.5.1. Transkripsjon

Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert fortløpende slik at den foreløpige analyseprosessen kunne starte etter fire intervju. I følge Malterud (2017) er det fordelaktig at forskeren transkriberer selv, og jeg valgte det med mål om at lydopptakene skulle bli så autentiske som mulig. Det ble gjort noen små justeringer for å tilstrebe best mulig gjengivelse av intervjuopptaket blant annet fordi alle intervjuobjektene snakket dialekt. Det ble foretatt foreløpige analyser etter fire intervju, og justeringer i intervjuguiden ble gjort etter at disse var gjennomført. Informasjonstyrken var lav med korte svar med lite innhold hos den fjerde informanten, derfor endret jeg intervjutaktikken og stilte flere oppfølgings spørsmål. Prosessen ble gjennomført likt for alle intervjuene; nye tema som ikke var notert etter de fire første intervjuene, ble lagt til. Påfølgende analyserunder ble gjennomført for å avdekke ny kunnskap og tema, samt holde best mulig oversikt over materialet, og vurdere mulige justeringer.

3.5.2. Analyse

Valget av analysemetode var basert på viktigheten av å gjennomføre en mest mulig systematisk og overkommelig analyse da jeg mangler erfaring og kompetanse som forsker. Systematisk tekstkondensering (STC) ble brukt som metode for å analysere materialet. STC er en tematisk tverrgående analyse som består av fire trinn som egner seg for å analysere kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). Første trinn innebærer å danne seg et helhetsinntrykk på bakgrunn av lydopptakene og den transkriberte teksten (Malterud, 2017, s. 99). Jeg leste gjennom teksten og lyttet til lydopptakene flere ganger og noterte flere foreløpige tema og begrunnelser for ikke å ha deltatt i hjerterehabilitering for hvert intervju. Jeg innså at noen av temaene overlappet hverandre, og etter ytterligere gjennomgang av tekstmaterialet ble fire foreløpige tema valgt. De foreløpige temaene ble: «informasjon», «motivasjon», «tid» og «god fysisk form». Disse foreløpige temaene dannet utgangspunkt for neste analysefase. I trinn to identifiseres meningsbærende enheter som sorteres under hvert av de foreløpige temaene, og kodes i forskjellige kodegrupper (Malterud, 2017, s. 100). For å organisere materialet gikk jeg gjennom tekstene systematisk med bruk av tekstmarker med ulike farger. De meningsbærende enhetene ble kodet ved at de fikk farger ut ifra de

foreløpige temaene. Jeg fortsatte kodingen fysisk ved å samle de meningsbærende enhetene med samme farge på et stort ark. Og endret navnet på temaene til «Informasjon om hjerterehabiliteringen», «motivasjon for å være med på hjerterehabiliteringen», «få rehabiliteringstilbudet tidig» og «for god fysisk form til å være med». Som sagt tidligere hadde jeg flere foreløpige analyserunder underveis, og i løpet av den siste, organiserte jeg materialet på nytt og endte opp med tre kodegrupper. «informasjon om hjerterehabiliteringen», «positiv til hjerterehabilitering, men ulike barrierer hindrer deltakelse» og «tidspunkt for tilbud om hjerterehabilitering». Temaet «for god fysisk form til å være med ble flyttet inn under kodegruppen «positiv til hjerterehabilitering, men ulike barrierer hindrer deltakelse». Trinn 3 innebærer å sammenfatte de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe ved å lage et kunstig sitat (Malterud, 2017, s. 105). Hver av de tre kodegruppene inneholdt ulike nyanser, derfor delte jeg de opp i to til tre subgrupper ut ifra hva jeg fant logisk slik at materialet ble mer oversiktlig. I siste analysetrinn, trinn 4, ble det laget en analytisk tekst basert på de kunstige sitatene hvor betydningen av de kunstige sitatene ble sammenfattet (Malterud, 2017, s. 108). Jeg valgte så ut et gullsitat til hver subgruppe på bakgrunn av best mulig å belyse innholdet i alle de meningsbærende enheten i denne subgruppen. Et utdrag fra analysens fire trinn vises i tabell 3 med tilhørende gullsitat.

Tabell 3. Systematisk tekstkondensering- utdrag fra analysen

Helhets- inntrykk	Meningsbærende enheter	Kunstig sitat	Kodegruppe med en tilhørende subgrupper	Analytisk tekst
Motivasjon	<p>Jeg er interessert i alt, jeg vil være med på alt</p> <p>Jeg ville hatt hjelp av en som kunne ha hjulpet meg å komme i bedre form</p> <p>Selvfølgelig har jeg kunne tenkt meg å delta på et treningstilbud for å komme i bedre fysisk form</p>	<p>Jeg var egentlig interessert i å delta på hjerterehabiliteringen og har et ønske om å komme i bedre fysisk form gjennom å delta på hjertetreningen dere tilbyr, men.....</p>	<p>Positiv til hjerterehabilitering, men ulike barrierer hindrer deltakelse</p> <p>Interesse for å delta på hjertereningen</p>	<p>Mange av informantene beskriver at de egentlig hadde vært interessert i å delta på hjerterehabilitering dersom forutsetningene lå til rette for det. Et ønske om å komme i bedre fysisk form, gjennom deltakelse på de trenings-tilbudene som var tilgjengelige for å oppnå dette ble trukket fram.</p>

GULLSITAT: *Jeg kunne ha tenkt meg å være med på en sånn treningsplass, hvor jeg har kunnet komme meg, for jeg er jo så redusert når jeg har gått og ventet da.*

3.6 Beskrivelse av egen rolle som forsker og forkunnskap

Da jeg har mer enn 20 års erfaring som fysioterapeut hvor noen av mine arbeidsoppgaver har vært å undervise-, lære opp-, veilede- og tilby trening til hjertepasienter gir dette en forforståelse for hvorfor jeg tror hjertepasienter velger å ikke delta på hjerterehabilitering. Gjennom hele prosjektperioden har jeg forsøkt å være bevisst på å nullstille meg så mye som mulig for at denne forforståelsen ikke skulle påvirke intervjuene eller analysen av de innsamlede dataene. Det er utfordrende å skille mellom forsker- og fagpersonrollen når man bærer med seg en bakgrunn av ulike perspektiver, fordommer og motiver under intervjuet som lett kan komme til å styre samtalen. Før intervjuene ble gjennomført formulerte jeg mine tanker skriftlig om hvorfor jeg tror pasienter som har gjennomgått en akutt hjertehendelse avslår å delta på hjerterehabilitering. Å bli bevisst sin egen forforståelse er både viktig og nødvendig for å unngå at man begrenser og kanskje overser en del av budskapet intervjuobjektene forsøker å formidle (Malterud, 2017, s. 45). Thornquist (2018) fremhever at lang erfaring fra samhandling med pasienter generelt, og hjertepasienter spesielt, kunne gi forskeren en fordel fordi man lettere kan tilegne seg den transkriberte tekstens mening og unngå misforståelser. Det at jeg har jobbet som fysioterapeut i mange år, og drevet med hjerterehabilitering er derfor også fordelaktig.

3.7 Etske betraktninger

Prosjektet er karakterisert som et kvalitetssikringsprosjekt ettersom formålet med prosjektet ikke er å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, og det faller derfor ikke inn under helseforskningsloven (Helseforskningsloven, 2008). I fremleggingsvurdering hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble prosjektet vurdert som ikke framleggingspliktig (se vedlegg nr. 5). Personvernombudet ved St. Olavs hospital ble kontaktet, og jeg fikk informasjon om at jeg måtte følge prosedyre 42338 som ligger i St.

Olavs hospitals styring og kvalitetssystem for å ivareta anonymitet og personsikkerheten hos deltakerne (se vedlegg nr. 6). Prosedyren ble gjennomgått sammen med kliniksjefen og forskningsutvalget ved Klinikk for hjertemedisin og det ble konkludert med at det ikke var nødvendig å melde studien til NSD, da alle forholdsregler for å sikre at databehandlingen er i henhold til lov om behandling av personopplysninger ble fulgt. All transkribert tekst og sensitive opplysninger ble lagret på et sikkert filområde for forsknings- og studentprosjekt på St. Olavs hospitals forskningsserver samtidig som anonymisering av informantene i all tekst ble ivaretatt. De to lydopptakerne jeg benyttet under intervjuene ble oppbevart innelåst når de ikke ble brukt under intervjuene eller ved transkriberingen. Deltakerne fikk informasjon om prosjektet muntlig fra sekretæren som spurte dem om å delta. De fikk så tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema laget ut ifra mal fra NSD (se vedlegg nr. 3) via post. Det ble fremhevet både muntlig og skriftlig at det var frivillig og delta i prosjektet og at man til enhver tid kunne trekke seg uten å oppgi grunn. Samtykkeskjema ble innhentet før intervjuene, oppbevart innelåst og vil makuleres etter avsluttet studie.

4 Resultat

I dette kapittelet formidles resultatene fra studien. Presentasjon av informantene kommer før resultatene presenteres som tre hovedtema med to til tre undertema. Sitater fra informantene som illustrerer innholdet i hvert undertema blir også gjengitt.

4.1 Presentasjon av informantene

Fem av informanter kommer fra Trondheim, de andre fra tre forskjellige nabokommuner. Begge kjønn er representert og aldersspranget er fra 56 til 81 år. Fire er yrkesaktive, to er uføretrygdet og to er pensjonister. Informasjon om utvalget er presentert i tabell 4.

TABELL 4. Informasjon om informantene i studien.

Informant nummer	Alder	Kjønn	Inneliggende i	Lengde på sykehusoppholdet	Gjennomgått
1	65	mann	August 2021	13 dager	Hjerteinfarkt, CABG
2	56	mann	Juni 2021	4 dager	Hjerteinfarkt, PCI
3	69	mann	August 2021	2 dager	PCI
4	74	dame	April 2021	4 dager	PCI
5	60	mann	April 2021	2 dager	PCI
6	81	dame	November 2021	4 dager	Hjerteinfarkt, PCI
7	66	mann	Juni 2021	6 dager	Hjerteinfarkt, PCI
8	58	mann	Oktober 2021	8 dager	Hjerteinfarkt, PCI

4.2 Positiv til hjerterehabilitering, men ulike barrierer hindrer deltakelse

Et vesentlig trekk ved materialet er at informantene var positivt innstilte til hjerterehabilitering, de formidlet egne positive tanker omkring deltagelse, men pekte samtidig på ulike personlige barrierer og praktiske hindringer for ikke å delta. Videre sa de at hjerterehabiliteringen ville være nyttig for dem å delta på, men til tross for dette hadde de avslått tilbudet.

4.2.1 Interesse for å delta på hjertetreningen

Mange av informantene beskriver at de egentlig hadde vært interesserte i å delta på hjerterehabilitering dersom forutsetningene hadde ligget til rette for det. Et ønske om å komme i bedre fysisk form, gjerne gjennom deltakelse på de treningstilbudene som var tilgjengelige, ble trukket fram. En av informantene uttrykte: *«jeg kunne ha tenkt meg å være med på en sånn treningsplass, hvor jeg har kunnet komme meg, for jeg er jo redusert når jeg har gått og ventet da»*. Å delta på hjerterehabilitering ble fremhevet som nyttig, det kunne gi dem kunnskap som de trengte for å hjelpe seg selv. De var klar over at de hadde behov for og godt av å delta. Det var forskjellige forutsetninger som var avgjørende for at informantene takket nei når de fikk tilbudet. Hos noen var det personlige barrierer hos andre medisinske hindringer, noen fremhevet også praktiske årsaker som hadde ført til at de ikke deltok på hjerterehabiliteringen.

4.2.2 Noe kom i veien

Flere av informantene fortalte at det kom noe i veien slik at de ikke fikk til å delta på det teoretiske hjertekurset, som er første del av rehabiliteringen. Å utebli fra det teoretiske hjertekurset uten å varsle, fører til at man mister rehabiliteringstilbudet og henvisning fra primærlege er nødvendig for å aktivere dette på nytt. De som tar kontakt, får spørsmål om de ønsker en ny oppstartsdato. Det var forskjellige hindringer som gjorde at de ikke fikk til å delta på det teoretiske hjertekurset. Disse ble ikke formidlet av informantene når de takket nei til hjerterehabiliteringstilbudet. Hindringene kunne dreie seg om at de hadde andre helseplager som hindret dem slik at de var i andre behandlingsforløp. De hadde utfordringer med å møte opp til avtalt tid og sted for å delta på hjerterehabilitering når dette kom i konflikt med andre helserelaterte avtaler. Dårlige kollektivtilbud ble fremhevet som en hindring av de som var hjemmeboende i distriktet. Hindringene kunne også dreie seg om at uforutsette hendelser oppstod. En sa:

Jeg hadde tenkt å være med da, men den dagen jeg hadde fått innkallelse til kom det noe i veien. Jeg forsøkte å finne et telefonnummer å ringe for å si fra, at jeg kunne delta på et senere tidspunkt, jeg lette etter kontaktinformasjon, men kunne ikke finne det. Etter det har det gått i glemmeboken.

4.2.3 Forutinntatt

Informantene beskrev at de trodde at den treningsbasert hjerterehabiliteringen bestod av enkle øvelser hvor fokuset var å holde tempo og belastning relativt lavt. Deres syn på hva som er vanlig etter en akutt hjertehendelse med tanke på fysisk aktivitet var å ta det med ro og at de skulle være forsiktig med tanke på belastning. Noen hadde erfaring fra annen trening som startet på et lavt intensitets nivå. De uttrykte at de var i stand til å ivareta rehabiliteringen selv og at deltagelse i en hjerterehabiliteringsgruppe med rolig tempo og lav belastning ikke passet for dem. Følelsen av å være for sprek for å delta på hjerterehabiliteringen var fremtredende hos enkelte av informantene. De uttrykte at de ikke passet inn i rehabiliteringstilbudet til St. Olavs hospital, og at tilbudet passet bedre for personer som var i dårligere form enn dem. En av informantene uttrykte det slik:

Jeg er ikke så dårlig at jeg trenger å gjøre det der. Så det ble liksom konklusjonen min da. Det kan de som går sånn sakte gjør. Jeg holder på med det jeg gjorde for 20 år siden ennå. Fysikken min ligger langt over andre 60-70 åringer.

4.3 Tidspunkt for tilbud om hjerterehabilitering

Tidspunktet for når hjerterehabiliterings tilbudet kom var essensielt for flere av informantene. Å få tilbudet når det ikke passet ble av flere holdt frem som årsak for ikke å delta. Frustrasjon over å vente lenge før man endelig fikk et tilbud om hjerterehabilitering ble uttrykt av flere.

4.3.1 Få tilbudet tidlig

Det gikk ganske lang tid før flere av informantene fikk tilbud om hjerterehabilitering, og når tilbudet endelig kom var de allerede kommet godt i gang med fysisk aktivitet og følte seg i god form. Behovet for å delta på hjerterehabiliteringen var derfor ikke til stede. Flere av informantene var tydelige på at de hadde kommet til å benytte seg av tilbudet dersom det hadde kommet tidligere. De som var yrkesaktive satte søkelys på tidsfaktoren som årsak til at de hadde takket nei til tilbudet, og fremhevet at de var motiverte og ville ha møtt opp på hjerterehabiliteringen mens de var sykmeldt. Hjerterehabiliteringstilbudet hadde kommet etter at de var tilbake i jobb, og det ble da vanskeligere å delta. Tiden før hjerterehabiliteringstilbudet kom var av betydning for en av informantene, som sa dette om timingen for hjertetreningen:

Jeg er interessert i alt, jeg vil være med på alt. Så gikk det ganske lang tid, husker ikke hvor lenge. I mitt hode hadde jeg lagt opp en strategi om at jeg skulle være frisk 1. januar, så jeg skulle gjøre det som var nødvendig og være disiplinert, jeg hadde ambisjoner om å være tilbake på jobb 1. januar. Jeg har vært veldig flink, så jeg har trent hver dag. Når tilbudet kom var jeg allerede i så god form, at jeg var langt foran. Så svaret på spørsmålet er at jeg ikke følte jeg hadde behov for det.

4.3.2 Normalisert hverdag en hindring for deltakelse

Noen av informanter påpekte at når de kom hjem og fikk hjertehendelsen litt på avstand, følte de seg ferdig med den, og glemte hva som hadde skjedd. De hadde gjenopptatt det

normale livet sitt etter et par måneder, og når tilbudet om hjerterehabilitering kom, ble det tyngre å takke ja til å delta. Opplevelsen av å ha det travelt og ikke ha tid til å delta ble fremhevet. Noen følte det også som inngripende at tilbudet om hjertetrening kom når livet og hverdagen endelig hadde normalisert seg. Til tross for dette innså de at tilbudet var nyttig og at de ville lære mye om de hadde deltatt. En av deltakerne uttrykte seg slik:

Jeg vet jo at dere sitter inne med mer kunnskap som kunne ha hjulpet meg. Jeg har en travel hverdag ennå. Dere griper inn i hverdagen til folk, så skal du gjøre det der (hjerterehabilitering) istedenfor det andre du gjør. Du velger bort noe som kanskje gjør at du kunne hatt det bedre om 5 og 10 år framover. Det er i nuet du lever, ikke tid til forebyggende tiltak som kosthold og trening.

4.4 Informasjon om hjerterehabiliteringen

Materialet i denne kodegruppen karakteriseres av at nyttig informasjon i riktig format og til rett tid fremheves som viktig i sammenheng med avgjørelsen om å delta på hjerterehabilitering eller ikke. Alle informantene hadde fått en eller annen form for informasjon om hjerterehabiliteringen, men det var store forskjeller på hvor mye informasjon, hvilken informasjon og av hvem de hadde fått informasjonen av. Og ikke minst hva de hadde oppfattet og husket av informasjonen de hadde fått.

4.4.1 Husker ikke

Mange av informantene var usikre og husket ikke helt hvordan de hadde fått informasjonen om hjerterehabiliteringen. E-post, brev, brosjyre og muntlig informasjon ble nevnt, men informantene var nølende. De var også usikre på hva informasjonen hadde inneholdt. Informantene med flest liggedøgn kom lettere på hvordan og hvilken informasjon de hadde fått angående hjerterehabiliteringen. Flere uttrykte at det var vanskelig å erindre hvilken informasjon de hadde fått på sykehuset om rehabiliteringen. Noen husket ikke om personalet på avdelingen hadde snakket med dem. Noen trodde en sykepleier hadde nevnt noe om hjerterehabilitering når de var inneliggende. Videre beskrev de at det var vanskelig å ta til seg informasjon som inneliggende. Opplevelsen av å bli innlagt med en akutthjertehendelse var traumatisk, og de fikk derfor ikke med seg så mye informasjon. De uttrykte tilfredshet med sykehusoppholdet, og følelse av trygghet, men etter hjemkomst

hadde de glemt hvilken informasjon de hadde fått. En av informantene sa: «Jeg husker ikke helt, jeg tror det var en epost, jeg husker ikke om jeg bare fikk informasjon om hjertekurset eller trim eller begge deler. Jeg fikk ingen informasjon som inneliggende, ikke som jeg husker nei».

4.4.2 Muntlig og skriftlig informasjon

Selv om informantene strevde med å huske hvordan de hadde fått informasjon om hjerterehabiliteringen, hadde alle fått spørsmål om de ønsket å delta. Enkelte hadde fått dette spørsmålet da de var inneliggende, noen hadde fått en brosjyre, noen hadde sett et oppslag på avdelingen med et telefonnummer som de kunne ringe dersom de ønsket å delta. Etter hjemkomst kom det et skriftlig tilbud om deltakelse via e-post eller brev. Informantene uttrykte at de hadde satt pris på å få mer informasjon når de var inneliggende, ikke bare spørsmål om de ønsket å delta. Utfyllende informasjon om både innhold og muligheter for deltakelse, samt spesifikke restriksjoner eller retningslinjer som var nødvendig for dem å følge i forhold til fysisk aktivitet og trening, ble etterspurt. Å delta på hjertekurs allerede når man er inneliggende ble fremmet som et forslag slik at starten på hjerterehabiliteringen ble en obligatorisk del av behandlingen. Det ble satt søkelys på at informasjon og kunnskap kunne fjerne usikkerhet og engstelse etter hjemkomst. Noen fremhevet at det hadde vært nyttig med både muntlig og skriftlig informasjon av en lege eller sykepleier med kunnskap om hjerterehabiliteringen, slik at de lettere kunne ta et valg om deltagelse. En av informantene sa dette:

Det hadde vært nyttig for meg å få informasjonen skriftlig når jeg var inneliggende, samt en påminning etter at jeg kom hjem, og jeg hadde satt pris på at noen snakket med meg, da det er personlige og individuelle forskjeller på sykdomsforløp og hva folk sliter med i ettertid.

5 Diskusjon

I dette kapitlet blir resultatene diskutert, etterfulgt av metodediskusjon.

5.1 Resultat diskusjon

Resultatene i denne studien viste at informantene var positive til hjerterehabiliteringen og kunne ha tenkt seg å delta på hjertetrening for å bli i bedre form. Ulike hindringer, både personlige og praktiske, ble oppgitt som årsak til at de likevel hadde avslått tilbudet. At tilbudet om å delta på hjerterehabilitering hadde kommet alt for seint var en årsak til at flere hadde takket nei til deltakelse. Mange hadde kommet godt i gang med fysisk aktivitet og trening selv, og følte derfor ikke behov for å delta. De hadde gjenopptatt det naturlige hverdagslige livet sitt, og fått den akutte hjertehendelsen som hadde ført til sykehusinnleggelsen på avstand. Mangelfull informasjon er også et vesentlig resultat i denne studien for hvorfor informantene avsto å delta på hjerterehabilitering. Å huske hvilken informasjon de hadde fått framstod vanskelig for informantene. Det kom frem at de hadde fått informasjon om hjerterehabiliteringen både muntlig og skriftlig, men det var tydelig variasjon i hvilken informasjon de hadde fått og oppfattet. Noen husket at de hadde fått spørsmål om deltagelse, noen hadde fått en brosjyre, brev eller e-post. Det var åpenbart at informasjonsgrunnlaget var begrenset, og at dette hadde betydning for deres valg når de avsto tilbudet om hjerterehabilitering.

5.1.1 Positiv til hjerterehabilitering, men ulike barrierer hindrer deltakelse

Resultatene viste at nesten alle informantene var positive til å delta på hjerterehabilitering. De ga uttrykk for at de hadde valgt å delta på hjerterehabiliteringen dersom riktige forutsetninger hadde vært til stede. At de som henvises til hjerterehabilitering og får et tilbud er motiverte til å delta, er veldokumentert i Sverige. I følge hjerterehabiliteringsregisteret (SWEDEHEART-CR) deltar 80% av de som får tilbudet på rehabiliteringen (Bäck et al., 2021). En Europeiske kartleggingen viser det samme (Kotseva et al., 2018). Informantene i denne studien trakk fram ulike hindringer som årsak til at de takket nei til rehabiliteringstilbudet. En hindring var dårlig kollektivtransport tilbud som årsak for å avstå tilbudet blant informantene som bodde i distriktet. Manglende transporttilbud gjør det

tungvint å komme seg til og fra sykehuset der treningen foregår. Den treningsbaserte delen av hjerterehabiliteringen arrangeres over en tidsperiode på omtrent 3 måneder hvor pasientene møter opp to ganger i uken for å være med på hjertetrening. Manglende transport til sykehuset gjør det da utfordrende å delta. Resultatet her sammenfaller med resultatet fra en systematisk oversikt og metasytelse av 34 kvalitative studier. I den studien ble blant annet fysiske hindringer som mangel på transport trukket fram som en av årsakene til ikke å delta på hjerterehabilitering (Neubeck et al., 2012). Det samme gjelder i en systematisk oversikt som tar for seg 43 studier hvor både lang reisevei og mangel på transport blir oppgitt som faktorer assosiert med ikke å delta på hjerterehabilitering (Resurrección et al., 2019). Informasjon om rettighetene for å få rekvirert pasientreise kan være av nytteverdi for enkelte pasienter og bør derfor inkluderes i den informasjonen pasientene får når de mottar tilbudet om hjerterehabilitering. Informasjon om at St. Olavs hospital tilbyr digital hjertetrening er også en nyttig opplysning for pasienter med lang reisevei. Slik er det mulig å delta på trening hjemmefra, uten å bruke tid på å reise fram og tilbake til sykehuset.

Informantene trakk fram forhold som ulike helseplager og at de deltok i andre behandlingsforløp. Slike begrunnelser er i tråd med den engelsk kvalitativ studien som viste at komorbiditet var en av årsakene til at pasientene i studien avsto fra å delta på hjerterehabilitering (Caughers et al., 2020).

I min studie hadde informantene en bakgrunnsforståelse for hva hjertetreningen innebar. Noen mente at de ikke passet inn i hjerterehabiliteringen fordi de var i for god fysisk form, og virket å ikke vite hvordan hjerterehabilitering foregår i Norge i dag. På bakgrunn av dette anså de seg selv i stand til å ivareta rehabiliteringen. Dette resultatet er i tråd med en belgisk studie hvor 226 pasienter hadde svart på et spørreskjema om hvorfor de avsto å delta på et hjerterehabiliteringsprogram. Årsaken var blant annet at pasientene mente de kunne ivareta rehabiliteringen selv (De Vos et al., 2013).

Treningsbasert hjerterehabilitering har de siste 20 årene endret seg i retning høyere intensitet både for utholdenhetstrening og styrketrening. Som beskrevet tidligere har hjerterehabiliteringstilbudet ved St. Olavs hospital flere ulike hjertetreningsgrupper for å kunne ha et treningstilbud som passer alle, uansett fysisk kapasitet. Denne informasjonen vil

være viktig å få formidlet til alle som får et hjerterehabiliteringstilbud.

5.1.2 Tidspunkt for tilbud om hjerterehabilitering

Resultatene i min studie viste at tidspunktet rehabiliteringstilbudet ble gitt var av betydning. Mange syntes de hadde fått tilbudt for seint, og sa at de hadde deltatt dersom tilbudet hadde kommet tidligere, helst i sykemeldingsperioden. At tidspunktet er viktig for deltakelse kommenteres også i den norske studien hvor man har sett på hvor fornøyde personer er med oppfølging etter gjennomgått PCI. Her ble det rapporterte frustrasjon over lang ventetid før man fikk et rehabiliteringstilbud (Valaker et al., 2017). En annen studie som har sett på ventetid i forbindelse med oppstart av hjerterehabilitering, viste at økt ventetid minsket sannsynligheten for deltakelse (Russell et al., 2011). En canadisk studie konkluderer også med tidlig treningstilbud har positiv effekt på pasientdeltakelse. Utrengninger viste at 17 dager var den mest optimale ventetiden. Studien baserte seg på et begrenset systematisk søk med 10 ulike studier som hadde fra 8,5 -127 dager ventetid før tilbud om deltakelse i hjerterehabiliteringsprogram (Collins et al., 2015). Å få et tilbud om deltakelse i hjerterehabilitering relativt tidlig kan derfor være fornuftig mens behovet oppleves størst.

Resultatene fra studien min viste at flere av informantene ikke følte behov for å delta på hjerterehabilitering når livet deres hadde normalisert seg. En av informantene brukte ord som: «*travel hverdag*» og «*ikke tid*». De som var yrkesaktive påpekte at de hadde tid til å delta når de var sykemeldte, og at det da hadde vært enklere å takke ja til å delta på hjerterehabiliteringen. I en belgisk studie (De Vos et al., 2013) ble manglende tid for å delta i hjerterehabilitering oppgitt som en årsak til ikke å være med på hjerterehabilitering. Å få tilbud om rehabilitering i sykemeldingsperioden og før normalt hverdagsliv er gjenopptatt synes dermed å være fordelaktig for personer som har gjennomgått en akutt hjertehendelse med tanke på om man velger å delta eller ikke.

Den pågående koronapandemien kan være en påvirkbar faktor når det gjelder hvor lenge informantene ventet før de fikk tilbud om hjerterehabiliteringen. Under pandemien har det vært perioder hvor sykehuset ikke har fått arrangere hjerterehabilitering grunnet smittevern hensyn. Mange pasienter vegret seg også for å delta i denne perioden. I de periodene sykehuset har fått arrangere hjerterehabilitering har det dessuten vært retningslinjer i forhold til hvor stor avstand det skal være mellom deltakere på

hjerterehabiliteringen. Dette har begrenset antall deltakere på både hjertekursene og hjertetreningen slik at det har dannet seg lengre ventelister.

5.1.3 Informasjon om hjerterehabiliteringen

Resultatene fra studien min viste at informantene både hadde problemer med å huske hvilken informasjon de hadde fått, samt at de mente de hadde fått for lite informasjon om hjerterehabiliteringen ved St. Olavs hospital. Dette gjaldt informasjon i forhold til innhold, praktiske rammer og muligheter for deltagelse. For at de skulle ta et standpunkt om å delta på rehabiliteringstilbudet var det nødvendig med innsikt og kunnskap om hva tilbudet inneholdt. Å takke ja til et tilbud som fremstod informasjonsfattig var problematisk og utforende. Jeg fant ingen studier som belyser lite eller mangelfull informasjon som årsak til å ikke delta på hjerterehabilitering. Derimot har flere studier evaluert ulike strategier for å øke deltagelse i hjerterehabiliteringsprogrammer. Disse viser at informasjon er nyttig og effektivt for å øke deltagelse. En artikkel basert på en prospektiv kohort studie fra Singapore som baserte seg på 3727 deltakere, viste at flere ulike strategier førte til økt deltagelse i hjerterehabilitering (Huang et al., 2019). En av strategiene var å utdanne helsepersonellet til å bedre informere og motivere pasienten om alle de helsemessige fordelene ved å delta i hjerterehabilitering. En annen strategi var å ringe pasientene som ikke allerede hadde sagt ja til å delta på hjerterehabiliteringen under innleggelsen, og ha en poliklinisk telefonkonsultasjon. Strategiene bidro til å øke deltakelsen fra 5,4% til 30,1%. I en systematisk oversikt fra 2019 var intervensjonen å vurdere hva som kan gjøres for å øke pasientdeltakelse, oppfølging og gjennomføring av hjerterehabilitering. Oversikten peker på betydningen av informasjon som en av faktorene for å få hjertepasienter til å delta på hjerterehabilitering. De inkluderte 26 randomiserte kontrollerte studiene som inngikk i oversiktstudien hadde alle til hensikt å øke bruken av og deltagelse i hjerterehabilitering. Oversikten baserer seg på 5299 deltakere som hadde gjennomgått hjerteinfarkt, koronarbypass operasjon eller PCI, med angina eller hjertesvikt. Studiene beskrev mange ulike tiltak for å øke pasientdeltakelse, oppfølging og gjennomføring av hjerterehabilitering. Det vanligste tiltaket var kontakt med helsepersonell under og kort tid etter innleggelsen på sykehus. Dersom informasjonen om hjerterehabilitering ble gitt av sykepleier eller annet helsepersonell som for eksempel fysioterapeut økte deltakelsen i hjerterehabilitering signifikant, og spesielt viktig var det at informasjonen ble gitt ansikt til ansikt. Oversikten

konkluderer med at ekstra innsats øker deltakelsen, og får flere deltakere til å fullføre hjerterehabilitering (de Araújo Pio et al., 2019).

Informantene i min studie var usikre, og strevde med å komme på hvilken informasjon de hadde fått om hjerterehabiliteringen. Det var vanskelig for dem å huske om de hadde fått informasjonen ansikt til ansikt mens de var inneliggende på sykehuset, og hvem de eventuelt hadde fått informasjonen av. De etterspurte at sykepleier eller lege hadde snakket med dem om hjerterehabiliteringen. Liggetiden for pasienter blir stadig kortere, og det er da utfordrende å formidle viktig informasjon som pasienten faktisk oppfatter. Innholdet i informasjonen som blir gitt skriftlig når de utskrives, eller tilsendt etter hjemkomst blir desto viktigere. Skriftlig informasjon kan misforstås, da det ikke er noen muligheter for å stille oppklarende spørsmål som ved muntlig informasjon (Thornquist, 2009, s. 61). For å treffe alle vil det å formidle informasjonen både ansikt til ansikt og skriftlig, slik at den kan leses etter hjemkomst, være verdifullt.

Michael Balint's teoretiske bidrag om en pasient-sentrert modell med samhandlingen mellom pasienten og fagutøveren som den essensielle delen for å lykkes med behandling er utgangspunktet for pasientmedvirkning (Balint et al., 2013). Samvalg involverer pasienten aktivt i avgjørelser om behandling i helsetjenesten og er en arbeidsform som har forankring i den norske helsetjenesten gjennom nasjonal helse – og sykehusplan (Folkehelseinstituttet, 2019). Å involvere pasienter mer og gi dem økt innflytelse i avgjørelse om behandling er i tråd med de nye internasjonale retningslinjene for hjerterehabilitering hvor fokus på mer individualisert behandling trekkes frem (Visseren et al., 2021). Ut ifra resultatene i studien har ikke samhandlingen mellom helsepersonell og informantene når de var inneliggende på sykehuset fungert tilfredsstillende. Det vil være fornuftig og nyttig å anbefale gjennomgang av muntlig og skriftlig informasjon pasientene får angående hjerterehabiliteringen når de er inneliggende og etter hjemkomsten fra St. Olavs hospital.

5.2 Metode diskusjon

I dette delkapittelet presenteres kritisk vurdering av metode, vitenskapelig perspektiv, rekruttering og utvalg, datainnsamling, transkribering og analyse. Til slutt oppsummeres og belyses forhold knyttet til studiens validitet, refleksivitet og relevans.

5.2.1 Kritisk vurdering av metode og vitenskapelig perspektiv

Målet med denne studien var å få en dypere forståelse for hvorfor noen takker nei til å delta på hjerterehabilitering. Økt kunnskap omkring dette vil kunne bidra til en bedre forståelse for faktorer som påvirker grunnlaget for pasientens avgjørelse, og mulig kunne bidra til å endre rutiner og forhold som kan påvirke disse. Kvalitativ forskningsmetode er en gunstig strategi når man ønsker å gå i dybden og få en bedre forståelse for menneskers opplevelse og erfaring med kunnskapsutvikling som resultat (Malterud, 2002). Det finnes lite forskning i Norge omkring temaet hjerterehabilitering og deltakelse, kun to studier som har kartlagt hvor mange som deltar på hjerterehabilitering. Ingen studier ser på årsak til hvorfor relativt få deltar. Kvalitativ metode er en egnet tilnærming når det finnes lite forskning på feltet fra før (Malterud, 2017). En fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming for å belyse informantene sine erfaringer og fortolke dem synes å være velegnet og relevant i forhold til studiens problemstilling. Jeg ønsker å forstå hvorfor et utvalg av pasienter med etablert hjerte- og karsykdom avslår å delta på hjerterehabilitering i etterkant av en akutt hjertehendelse. Jeg ønsker å gå i dybden og utforske hva disse pasientene formidler. I følge Polit og Beck (2020) hadde et klinisk kontrollert forsøkt egnet seg bedre dersom målet med studien var å undersøke hvilke tiltak som er nytte for valg av deltakelse.

5.2.2 Kritisk vurdering av utvalg og rekruttering

Under planleggingen av studien ønsket jeg å bruke en strategisk utvalgsstrategi for å sikre god informasjonsstyrke i studien (Malterud et al., 2016). Ettersom det viste seg å være vanskelig å rekruttere deltakere, falt valget på bekvemmelighetsutvelgelse for rekruttering av deltakere til dette prosjektet. Bekvemmelighetsutvalg kan gi dårligere informasjonsstyrke. Påliteligheten på resultatnivå kan være mindre og det blir derfor usikkert hvor overførbart resultatene er (Malterud, 2017, s. 61). Selv om bekvemmelighetsutvelgelse ikke er den mest ønskelige utvalgsstrategien, var det enkelt å inkludere de som sa ja til å delta i studien så lenge inklusjonskriteriene ble fulgt. I utvalget fikk jeg med begge kjønn, det var et relativt stort sprang i alder, noen var yrkesaktive, noen uføretrygdet og noen pensjonister. Det var variasjon i hvor lenge de hadde vært inneliggende på sykehuset. Noen var hjemmeboende i samme kommune som sykehuset, med kort reisevei, og noen bodde i nabokommuner med lang reisevei. Selv om jeg valgte bekvemmelighetsutvalg, viste det seg at utvalget hadde en

relativ stor variasjonsbredde som anbefalt av Malterud (2017). Informantene ble rekruttert av en sekretær, og jeg hadde ingen relasjon til informantene fra før. Dette er en styrke for studien da det minsker mulighetene til å påvirke dem.

5.2.3 Kritisk vurdering av datainnsamling

I denne kvalitative studien er semistrukturerte individualintervju anvendt for datainnsamling. Jeg kunne ha valg å utføre fokusgruppeintervju. I et slikt intervju samles informantene i grupper der de kommer med egne innspill i en diskusjon dem imellom (Malterud, 2017, s. 70). Denne type datainnsamling kunne ha ført til et større søkelys på hva som eventuelt ble savnet og kunne vært forbedret når deltakerne fikk tilbud om deltakelse i hjerterehabilitering. Fordelene ved gruppedynamikk er at en informants historie kan bevisstgjøre og stimulere de andre slik at de lettere deler sin egen historie (Malterud, 2017, s. 70). Å lede en fokusgruppe fremheves av Malterud (2017) som krevende, og for å lykkes med denne datainnsamlingsmetoden trengs opplæring eller erfaring. Jeg valgte semistrukturerte individualintervjuer da min tidligere erfaring med intervju var ikke eksisterende. Jeg tenkte det var enklere å starte med individuelle intervju, hvor man kun konsentrerte seg om en informant i gangen og ved hjelp av intervjuguiden være sikker på at jeg fikk opplysninger fra informanten om de ulike temaene jeg ønsket belyst. Intervjuguiden ble ikke pilottestet i forkant, og det er en svakhet med datainnsamlingen. Å gjennomføre et prøveintervju kunne vært en nyttig test til hvordan intervjuguiden fungerte, slik at eventuelle justeringer kunne vært gjort før intervjuene av informantene startet. Evaluering av min rolle som intervjuer kunne ha gjort meg mer bevisst på å unngå ledende spørsmål, øve på å heller stille åpne spørsmål. Intervjuguiden ble forandret etter det fjerde intervjuet da informanten var kortfattet og jeg fikk lite informasjon fram. Jeg stilte derfor flere oppfølgingsspørsmål til de siste fire informantene som en lærdom av dette. Jeg hadde intensjon om ti informanter, men endte opp med åtte pga mangel på tid og treg rekruttering. Flere like utsagn gikk igjen hos flere av informantene etter de åtte intervjuene, og jeg konkluderte med at temaet var relativt uttømt. Det var stor variasjon i mengde og mangfold i hva informantene formidlet, noen var kortfattet, andre utfyllende, likevel var flere av temaene gjentakende hos mange av informantene. Det trengs et større utvalg informanter når informasjonsstyrken er lav (Malterud et al., 2016). Informasjonsstyrken påvirkes av problemstillingen, utvalgets spesifisitet, teoretisk perspektiver, dialog og

analysen, og i forhold til de valgene jeg har tatt når det gjelder disse punktene kunne utvalget med fordel ha vært større. Siden noen av informantene var fåmælt, strevde jeg med å få informasjon ut av dem, og her har nok min manglende erfaring fra kvalitative intervju redusert muligheten for å fremskaffe informasjon av betydning for oppgaven. Jeg forsøkte å lytte med åpent sinn og kun stille åpne spørsmål, men fant det vanskelig.

Syv av de åtte intervjuene ble gjennomført via telefon, en informant møtte opp på sykehuset for å la seg intervju. Jeg tenkte det var lettere å få informanter til å takke ja til å delta på et intervju når det var frivillig hvordan intervjuet skulle foregå. Det var derfor et bevisst valg å la det være opp til informanten hva han/hun foretrakk. Siden intervjuene foregikk mens det ennå var en pågående koronapandemi, kunne kanskje noen synes det var tryggere å ikke møtes fysisk. Telefonintervju kan kanskje oppleves som enklere for noen når de skal dele sine erfaringer. Du har mer distanse til intervjueren og da kan det være enklere å dele et budskap, men faren for misforståelser kan være større på telefon. I følge Malterud (2017) vil en intervjusituasjon hvor man møtes fysisk ansikt til ansikt, få fram mer informasjon, særlig med tanke på nonverbal kommunikasjon.

5.2.4 Kritisk vurdering av transkribering, analyse og valg av teoretisk perspektiv

I følge Malterud (2017) kan relevant informasjon ha blitt oversett grunnet min manglende erfaring med å gjennomføre en kvalitativ intervjustudie. Samtidig har kunnskapen fra fagfeltet hjulpet meg under intervjuene slik at jeg har vært målrettet. En styrke ved studien er ifølge Malterud (2017) at jeg transkriberte intervjuene selv. Transkriberingen ga meg nye tanker omkring hva informantene formidlet, utsagn informanten kom med som jeg oppfattet under intervjuet, fikk en mer nyansert mening under transkriberingen. Jeg har prøvd å få frem informantenes stemmer i datamaterialet, men anerkjenner at materialet er preget av min forforståelse. I studien er Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) valgt som verktøy for å analysere de innsamlede dataene. Andre tverrgående analysemetoder kunne ha vært valgt, som for eksempel Grounded Theory (GT), men STC med sin spesifikke og systematiske framgangsmåte egnet seg for studiens formål og design.

Studiens vitenskapsteoretiske rammeverk med fagspesifikk teori om hjerte- og karsykdom og hjerterehabilitering, er brukt som et bakteppe i denne studien, og jeg er bevisst på at relevansen for denne teorien ikke kun har en bestemt betydning. Teorien har bidratt til å øke

min innsikt omkring temaet hjerterehabilitering og hjulpet meg i prosessen med fortolkninger fra informantenes delte erfaring til kunnskap som noen kan lære noe av.

I møte mellom pasient og fagutøver er den kommunikasjon som skapes styrt av ulike forhold av skrevne og uskrevne regler som er bestemmende for hvordan begge forstår og tolker både seg selv og den andre (Thornquist, 2009, s. 17). Michael Balint (2013) satte pasienten i sentrum og introduserte begrepet «patient - centred medicine» i relasjonen mellom pasient og profesjonell. Ved bruk av teorien har jeg forsøkt i relasjon med informantene, å ikke være forutinntatt, men tilstrebe en åpen holdning med tanker omkring at jeg har noe å lære. Jeg har hatt et kritisk blikk på meg selv og at mine egne følelser og reaksjoner er bestemmende for min oppfatning av pasienten.

5.3 Refleksivitet, validitet og relevans

Refleksivitet omhandler en bevissthet om at forskeren er med på å forme forskningsprosessen (Malterud, 2002). Jeg har forsøkt å beskrive de valgene jeg har tatt i forskningsprosessen i håp om at det skal være lett å følge min vei i dette prosjektet. En annen person med sitt utgangspunkt trenger ikke å komme fram til samme resultat ved en reproduksjon av samme studie. Jeg har prøvd å sette spørsmålstegn ved egen framgangsmåte og være bevisst mitt eget ståsted og min forforståelse, men det er jeg som har tolket underveis i analysen, og tatt valg og overveielser gjennom hele prosjektet og dermed formet forskningsprosessen. Som fysioterapeut med mer enn 20 års erfaring innenfor hjerterehabilitering var det en utfordring å være forsker. Min lange bakgrunn kan ha ført til at jeg mangler et kritisk blikk og ikke klarer å se alternativer, noe som kan ha påvirket både transkriberingen, analysen og valg av teoretisk perspektiv.

Validitet handler om gyldighet, svarer resultatene av studien på det som var tiltenkt å undersøke, og har resultatene overførbarhet (Malterud, 2017). Jeg har prøvd å vise mitt valg av designs begrensninger og svakheter, men mener jeg har brukt en metode som svare på problemstillingen min. Informantene bidro med kunnskap som besvarte problemstillingen og deres erfaring og opplevelse av hva som skjedde da de fikk tilbud om å delta på hjerterehabilitering hadde mange samsvarende komponenter. Resultatene i studien har relevans og kan brukes som et utgangspunkt for en evaluering hvordan hjerterehabiliteringen ved St. Olavs hospital drives i dag. Med tanker om å prøve og

rekruttere flere til å delta på hjerterehabiliteringstilbudet ved sykehuset er studiens resultater et bidrag i riktig retning.

6 Konklusjon

Denne studien inkluderte åtte informanter med etablert hjerte- og karsykdom som hadde avslått å delta på hjerterehabilitering etter en akutt hjertehendelse. Resultatene viser årsaker til hvorfor de valgte å ikke delta på hjerterehabiliteringen ved St. Olavs hospital. Informantene var positivt innstilt til hjerterehabiliteringen, men det var ulike hindringer som førte til at de ikke deltok. Hindringene var av personlig- og av praktisk art. De personlige hindringene var knyttet opp mot informantens helsetilstand, og deres tanker om ikke å passe inn i hjerterehabiliteringstilbudet. De praktiske hindringene omfattet transportutfordringer som gjorde det vanskelig å komme seg til og fra sykehuset samt uforutsette hendelser som dukket opp og hindret deltakelse. Ventetiden fra de var inneliggende til tidspunktet for når de fikk tilbudet om hjerterehabilitering var en avgjørende årsak til hvorfor de valgte å ikke delta. De mente de fikk tilbudet alt for seint og var derfor ikke motivert for å delta lenger. De følte ikke behov for deltakelse da de var allerede kommet godt i gang med fysisk aktivitet og trening selv. Det ble påpekt at normalisert hverdag var en hindring for deltakelse, de som var yrkesaktive sa at de hadde deltatt dersom tilbudet hadde kommet mens de var sykemeldt. Mangelfull informasjon om hjerterehabiliteringen er et essensielt resultat i studien. Informantene strevde med å huske hvilken informasjon de hadde fått, hvem de hadde fått informasjonen fra, og om de hadde fått informasjon både muntlig og skriftlig. Alle hadde fått en eller annen form for informasjon, men det var stor variasjon i informasjonsgrunnlaget informantene hadde. Informantene var tydelige på at de hadde ønsket mer informasjon både muntlig og skriftlig for å lettere ta et standpunkt til deltakelse, og at mangel på informasjon hadde påvirket deres valg når de avsa å delta på hjerterehabilitering.

6.1 Oppgavens bidrag

Oppgaven frembringer nyttig informasjon om hvorfor noen pasienter i etterkant av en akutt hjertehendelse avslår å delta på hjerterehabilitering. Resultatene kan brukes som et forslag for å endre rutiner i forhold til hvordan hjerterehabiliteringen er organisert og hvilken

informasjon som formidles til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt og/eller PCI. En slik forandring kan forhåpentligvis føre til økt rekruttering og deltakelse på hjerterehabiliteringen ved St. Olavs hospital. Studiens resultater kan ha overføringsverdi for andre sykehus.

6.2 Videre behov for kartlegging

Norge trenger en oversikt over hvor mange som henvises og deltar på hjerterehabilitering slik som Sverige. Et samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge, sykehuset i Vestfold, Drammen sykehus og Skånes universitetssjukhus er i gang og har til hensikt å lage et nasjonalt hjerterehabiliteringsregister med kvalitetsindikatorer etter mønster fra Swedeheart/Sephia-register. Det kan føre til en større bevisstgjøring blant de som jobber med pasienter som trenger hjerterehabilitering. Økt bevisstgjøring kan kanskje føre til at flere blir henvist, flere får nok informasjon, flere får tilbudet raskere, mer individualisert oppfølging slik at flere velger å delta på hjerterehabilitering. Økt deltakelse på hjerterehabilitering er viktig for å bedre prognosen til den enkelte pasient, men ikke minst viktig samfunnsøkonomisk særlig med den kommende eldrebølgen.

Litteraturliste

- Abell, B., Glasziou, P. & Hoffmann, T. (2017). The Contribution of Individual Exercise Training Components to Clinical Outcomes in Randomised Controlled Trials of Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-regression. *Sports medicine - open*, 3(1), 1-31. <https://doi.org/10.1186/s40798-017-0086-z>
- Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C. H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M. C., Pedretti, R. F. E., Schmid, J.-P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M. F., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., Gaita, D., Gevaert, A. B., Kemps, H., Kraenkel, N., Laukkanen, J., Mendes, M., Niebauer, J., Simonenko, M. & Zwisler, A.-D. O. (2020). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), 460-495. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>
- Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., Taylor, R. S. & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(1), CD001800-CD001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub3>
- Arnesen, H. (2022, 25.04.22). *Hjerte- og karsykdommer*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/hjerte- og karsykdommer>
- Balint, M., Hunt, J., Joyce, D. & Marinker, M. (2013). *Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice*. Routledge.
- Barradas-Pires, A. (2019). Cardiac rehabilitation programmes: Cost-effective and a potential instrument against health inequalities. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(10), 1101-1103. <https://doi.org/10.1177/2047487319887829>
- Borg, G. (1970). Perceived Exertion as an Indicator of Somatic Stress. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 2(2), 92-98.
- Brown, T. M., Hernandez, A. F., Bittner, V., Cannon, C. P., Ellrodt, G., Liang, L., Peterson, E. D., Piña, I. L., Safford, M. M. & Fonarow, G. C. (2009). Predictors of cardiac rehabilitation referral in coronary artery disease patients: findings from the American Heart Association's Get With The Guidelines Program. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(6), 515-521.
- Bäck, M., Leosdottir, M., Hagström, E., Norhammar, A., Hag, E., Jernberg, T., Wallentin, L., Lindahl, B., Hambraeus, K. & group, f. t. S. s. (2021). The SWEDEHEART secondary prevention and cardiac rehabilitation registry (SWEDEHEART CR registry). *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, 7(5), 431-437. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcab039>

- Caughers, G., Bradley, J., Donnelly, P. & Fitzsimons, D. (2020). Exploring the acceptability of current delivery modes and content of cardiac rehabilitation: a qualitative study.
- Colbert, J. D., Martin, B.-J., Haykowsky, M. J., Hauer, T. L., Austford, L. D., Arena, R. A., Knudtson, M. L., Meldrum, D. A., Aggarwal, S. G. & Stone, J. A. (2015). Cardiac rehabilitation referral, attendance and mortality in women. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(8), 979-986.
- Collins, Z., Suskin, N., Aggarwal, S. & Grace, S. (2015). Cardiac rehabilitation wait times and relation to patient outcomes. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51(3), 301-309.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J. & Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82(2), 234-236.
- Dahhan, A., Maddox, W. R., Krothapalli, S., Farmer, M., Shah, A., Ford, B., Rhodes, M., Matthews, L., Barnes, V. A. & Sharma, G. K. (2015). Education of physicians and implementation of a formal referral system can improve cardiac rehabilitation referral and participation rates after percutaneous coronary intervention. *Heart, Lung and Circulation*, 24(8), 806-816.
- de Araújo Pio, C. S., Chaves, G. S., Davies, P., Taylor, R. S. & Grace, S. L. (2019). Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- De Vos, C., Li, X., Van Vlaenderen, I., Saka, O., Dendale, P., Eyssen, M. & Paulus, D. (2013). Participating or not in a cardiac rehabilitation programme: factors influencing a patient's decision. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(2), 341-348.
- Delgado-Cohen, H., Haynes, J., Costello, J. & Mitchell, A. (2021, 23.12.21). *ST-elevation myocardial infarction*. BMJ Best Practice, . <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000103?q=ST-elevation%20myocardial%20infarction&c=recentlyviewed>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 26.11.2021). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Foklehelserapporten. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 15.08.2019). *Samvalg*. FHI. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/samvalg/>
- Folkehelseinstituttet. (2021a, 27.10.2021). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2020*. Hjerte- og karregisteret <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2020/#definisioner>
- Folkehelseinstituttet. (2021b, 21.09.2021). *Hjerte- og karregisterets statistikkbank*. Hjerte- og karregisteret. <http://statistikkbank.fhi.no/hkr/>
- Folkehelseinstituttet. (2021c, 10.06.2021). *Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2020*. Dødsårsaksregisteret. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/>

- Giannuzzi, P., Temporelli, P. L., Marchioli, R., Maggioni, A. P., Balestroni, G., Ceci, V., Chieffo, C., Gattone, M., Griffo, R. & Schweiger, C. (2008). Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Archives of Internal Medicine*, 168(20), 2194-2204. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.20.2194>
- Grimsmo, J. (2021). *Hjerterehabilitering*. helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/fysikalsk-medisin/arbeidsfysiologi-og-hjerterehabilitering/hjerterehabilitering#Definisjonognytte>
- Helsedirektoratet. (2018, 5. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hinde, S., Bojke, L., Harrison, A. & Doherty, P. (2019). Improving cardiac rehabilitation uptake: Potential health gains by socioeconomic status. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(17), 1816-1823. <https://doi.org/10.1177/2047487319848533>
- Huang, Y., Yusoff, N. A., Cao, Y., Loh, D., Ang, T. B., Foong, M. M., Lim, L. G., Liew, B. W. & Tan, J. J. (2019). Effects of Targeted Strategies in Improving Phase II Cardiac Rehabilitation Program Recruitment in an Asian Multi-ethnic Cohort. *Circulation*, 140(Suppl_1), A11592-A11592.
- Kotseva, K., Wood, D. & De Bacquer, D. (2018). Determinants of participation and risk factor control according to attendance in cardiac rehabilitation programmes in coronary patients in Europe: EUROASPIRE IV survey. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(12), 1242-1251.
- Lawler, P. R. M. D., Filion, K. B. P. & Eisenberg, M. J. M. D. M. P. H. (2011). Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Heart Journal*, 162(4), 571-584.e572. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.07.017>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

- Mehus, K. H. (2018). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten* (8/2018). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten/2018-08%20Analysenotat%20rehab%202017.pdf/_attachment/inline/f9046ecc-b0ee-4340-a275-b9867810bb49:2f669dc774140fc029f3494dbbe191bed0d98864/2018-08%20Analysenotat%20rehab%202017.pdf
- Neubeck, L., Freedman, S. B., Clark, A. M., Briffa, T., Bauman, A. & Redfern, J. (2012). Participating in cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(3), 494-503. <https://doi.org/10.1177/1741826711409326>
- Nielsen, K. M., Faergeman, O., Foldspang, A. & Larsen, M. L. (2008). Cardiac rehabilitation: health characteristics and socio-economic status among those who do not attend. *European Journal of Public Health*, 18(5), 479-483.
- Nilsson, B. B. & Peersen, K. (2009). NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi sine anbefalinger for fysioterapeutenes faseinndeling av hjerterehabilitering. *Hjertesukket*, (1), 8-9.
- Oldridge, N. & Taylor, R. S. (2020). Cost-effectiveness of exercise therapy in patients with coronary heart disease, chronic heart failure and associated risk factors: A systematic review of economic evaluations of randomized clinical trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(10), 1045-1055. <https://doi.org/10.1177/2047487319881839>
- Olsen, S. J. S., Schirmer, H., Bønaa, K. H. & Hanssen, T. A. (2018). Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(3), 273-279. <https://doi.org/10.1177/1474515117737766>
- Organization, W. H. (1993). *Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 21 to 18 October 1991]*. World Health Organization.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (16.11.21). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/runskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon>
- Peersen, K., Munkhaugen, J., Gullestad, L., Liodden, T., Moum, T., Dammen, T., Perk, J. & Otterstad, J. E. (2017). The role of cardiac rehabilitation in secondary prevention after coronary events. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(13), 1360-1368. <https://doi.org/10.1177/2047487317719355>
- Peersen, K., Munkhaugen, J., Olsen, S. J., Otterstad, J. E. & Sverre, E. (2021). Rehabilitering og sekundærforebygging etter hjerteinfarkt ved sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0349>

- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corra, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Lochen, M.-L., Loellgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D. J., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., van der Worp, H. B., van Dis, I. & Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rauch, B., Davos, C. H., Doherty, P., Saure, D., Metzendorf, M.-I., Salzwedel, A., Voeller, H., Jensen, K. & Schmid, J.-P. (2016). The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies – The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(18), 1914-1939. <https://doi.org/10.1177/2047487316671181>
- Resurrección, D. M., Moreno-Peral, P., Gomez-Herranz, M., Rubio-Valera, M., Pastor, L., Caldas de Almeida, J. M. & Motrico, E. (2019). Factors associated with non-participation in and dropout from cardiac rehabilitation programmes: a systematic review of prospective cohort studies. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(1), 38-47.
- Russell, K. L., Holloway, T. M., Brum, M., Caruso, V., Chessex, C. & Grace, S. L. (2011). Cardiac rehabilitation wait times: effect on enrollment. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(6), 373-377.
- Shanmugasagaram, S., Oh, P., Reid, R. D., McCumber, T. & Grace, S. L. (2013). Cardiac rehabilitation barriers by rurality and socioeconomic status: a cross-sectional study. *International journal for equity in health*, 12(1), 1-8.
- Shields, G. E., Wells, A., Doherty, P., Heagerty, A., Buck, D. & Davies, L. M. (2018). Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Heart*, 104(17), 1403-1410.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- St. Olavs hospital. (22.02.22). *Hjerterehabilitering i Norge*. Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin. <https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/hjerterehabilitering-i-norge>
- Taylor, R. S., Sagar, V. A., Davies, E. J., Briscoe, S., Coats, A. J. S., Dalal, H., Lough, F., Rees, K. & Singh, S. (2014). Exercise-based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003331-CD003331.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003331.pub4>

- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M.-B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Fridlund, B. & Investigators, o. b. o. t. C. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 444-452. <https://doi.org/10.1177/1474515117690298>
- van Halewijn, G., Deckers, J., Tay, H. Y., van Domburg, R., Kotseva, K. & Wood, D. (2016). Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention and rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 232, 294-303. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.12.125>
- Visseren, F. L., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Böck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M. & Capodanno, D. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Heart Journal*, 42(34), 3227-3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Witt, B. J., Jacobsen, S. J., Weston, S. A., Killian, J. M., Meverden, R. A., Allison, T. G., Reeder, G. S. & Roger, V. é. L. (2004). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. *Journal of the American College of Cardiology*, 44(5), 988-996.
- Zwisler, A.-D. O., Soja, A. M. B., Rasmussen, S., Frederiksen, M., Abadini, S., Appel, J., Rasmussen, H., Glud, C., Iversen, L. & Sigurd, B. (2008). Hospital-based comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care among patients with congestive heart failure, ischemic heart disease, or high risk of ischemic heart disease: 12-month results of a randomized clinical trial. *American Heart Journal*, 155(6), 1106-1113. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.12.033>

**Oversikt polikliniske hjertetreningssgrupper
Store Treningsaal – 1902 bygget – 1 etg.**

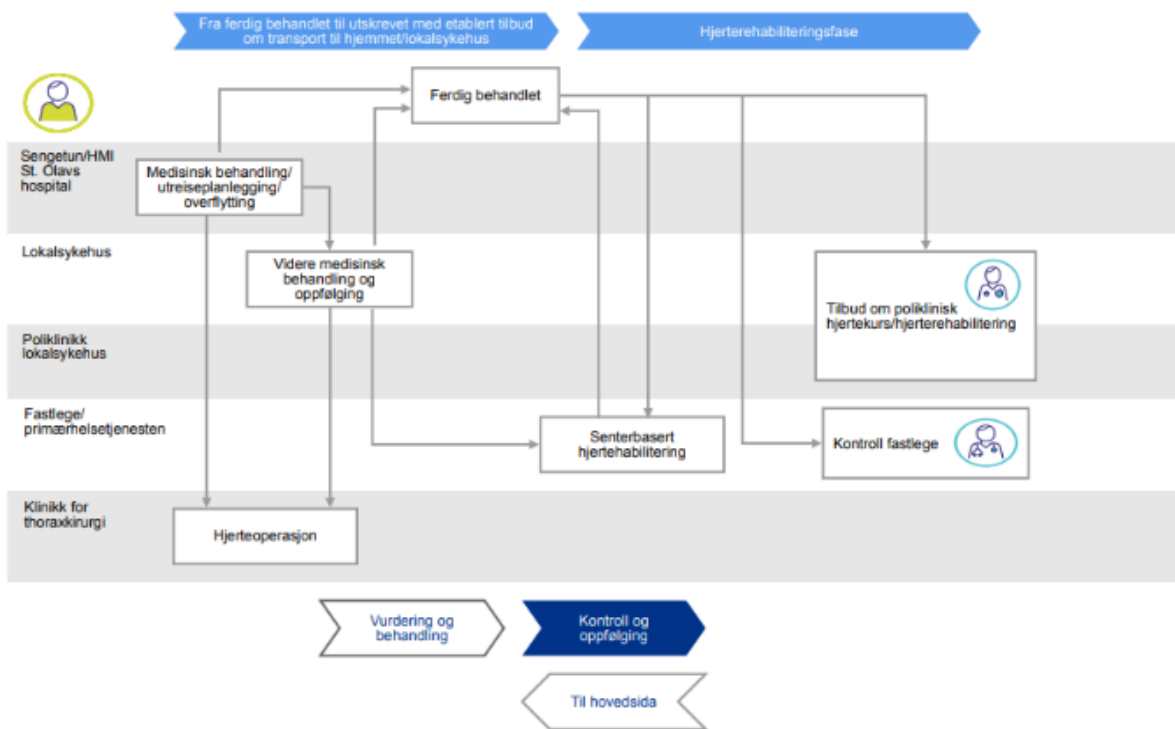
Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
09.00 10.00			Digital ♥ gruppe rom 2 Fase 2 b		Digital ♥ gruppe rom 2 Fase 2 b
09.00 10.00		♥ - gruppe 1 Fase 2 b	♥ - gruppe 2 Fase 2 b	♥ - gruppe 1 Fase 2 b	♥ - gruppe 2 Fase 2 b
10.00 11.00			Kom i gang ♥ - gruppe Fase 2 a		Kom i gang ♥ - gruppe Fase 2 a
11.00 12.00					
12.00 12.30					
12.30 13.30		♥ - gruppe 3 Fase 2 b		♥ - gruppe 3 Fase 2 b	
13.30 14.30					
14.30 15.30					

Standardisert pasientforløp. ST-elevasjons hjerteinfarkt (STEMI). Kontroll og oppfølging. Forløpsansvarlig overlege Olav Magne Leiren

Forfatter: Gunhild Brørs, Olav Magne Leiren
Godkjent av: Ole Christian Mjølstad

Gyldig fra: 23.03.2021
Revisjonsfrist: 23.03.2023

Revisjon: 1.0
ID: 43134



INTERVJUGUIDE |

Takke for at vedkommende stiller opp til intervju. Viktig informasjon for oss (St. Olavs hospital) som kanskje kan føre til et forbedret hjerterehabiliteringstilbud ved St Olavs hospital.

Innledende spørsmål:

- Når var det du ble innlagt på St. Olavs hospital?
- Gjennomgikk du et hjerteinfarkt?
- Ble du blokket og fikk satt inn en stent?
- Hvor mange dager var du på sykehuset før du ble utskrevet?

- Fortell meg hva som skjedde da du fikk tilbud om deltakelse i hjerterehabilitering?
- Hvilken informasjon fikk du?
- Fikk du noen informasjon?
- Når hadde det vært nyttig for deg å få informasjonen?
-
- Hvem fikk du informasjon av?
- Har du noen tanker omkring informasjon om hjerterehabilitering?
- Hvilken informasjon har vært nyttig for deg?
- Hvordan hadde du ville fått informasjonen?

- Har du eksempler på hva som kunne ha vært gjort annerledes, slik at tilbudet om hjerterehabilitering hadde vært mer attraktivt for deg å delta på?

- Har du noen tanker om hva som skal til for å bidra til at flere benytter seg av hjerterehabiliteringstilbudet ved St. Olavs hospital?

- Utdypende spørsmål: med hvorfor og kan du si litt mer om dette? Vil bli stilt underveis i intervjuet

Avsluttende spørsmål:

- Er det noe du har tenkt på under intervjuet som viktig, som du nå ønsker å legge til?
- Hvordan opplevde du det å bli intervjuet?

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Magnus Alm	73559949	12.10.2021	361276

Vibeke Løckra

Fremleggingsvurdering: Hvorfor takke nei til hjerterehabilitering?

Søknadsnummer: 361276

Forskningsansvarlig institusjon: St. Olavs Hospital HF

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

På egen arbeidsplass ved St. Olavs hospital er en av mine arbeidsoppgaver å tilby rehabilitering til pasienter med ulike hjertediagnoser. Både pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, Perkutan Koronar Intervensjon (PCI) eller coronary artery bypass graft (CABG) deltar. Tilbudet er både teoretisk og treningsbasert, bestående av et tverrfaglig dagskurs og deltakelse i treningsgruppe to dager i uken, i tre måneder. Under et nasjonalt nettverksseminar for helsepersonell arrangert av Trening som medisin ved hjerte- og karsykdom og kols ble det presentert at forholdsvis få deltar på hjerterehabiliteringsprogram. Dette vekket en interesse for å få økt kunnskap om temaet deltakelse i hjerterehabilitering. Et litteratursøk resulterte i to norske studier (Olsen et al., 2018) og (Peersen et al., 2017) og disse bekreftet at kun ca 30 prosent av aktuelle hjertepasienter deltar på hjerterehabilitering. Til tross for dokumentert effekt av deltakelse i hjerterehabiliteringsprogram virker det å være få som deltar. Et søk gjennomført på egen arbeidsplass bekreftet også at kun 30% av aktuelle hjertepasienter deltok på treningsbasert hjerterehabilitering.

Å intervjuer noen av dem som har takket nei til å delta på hjerterehabilitering kan kanskje gi en dypere forståelse for hvorfor noen avslår tilbudet. Slik kunnskap kan bidra til en mer målrettet rekruttering av deltakere og dermed økt deltakelse til rehabiliteringstilbud. Det kan være viktig å få en indikasjon på hvor det er nødvendig å legge ned ekstra innsats for å øke deltakelsen i hjerterehabiliteringsprogram.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 04.10.2021. Henvendelsen ble behandlet av sekretariatet for REK midt på fullmakt.

REKs vurdering

Vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter. Vi oppfatter ikke prosjektet som helseforskning fordi formålet ikke er å frembringe ny kunnskap om sykdom eller helse, men snarere å undersøke hvorfor pasienter med ulike hjertediagnoser takker nei til hjerterehabilitering. Prosjektet kan følgelig gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full prosjektsøknad til REK. En prosjektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Konklusjon

Ikke fremleggingspliktig

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo

Sekretariatsleder, REK midt

Magnus Alm

rådgiver, REK midt

Kopi til:

St. Olavs Hospital HF

Forskning- Planlegging av kvalitetssikringsprosjekt

Forfatter: Knut Hagen

Gyldig fra: 01.02.2022

Revisjon: 1.4

Godkjent av: Haakon Robin Skogseth

Revisjonsfrist: 01.02.2024

ID: 42338

Hensikt og omfang

Formålet med prosedyren er å avklare hvorvidt et prosjekt kan kategoriseres som forskning eller som et kvalitetssikringsprosjekt.

Ansvar

Kvalitetssikringsprosjekt skal godkjennes av klinikkleder, [Forskning- Klinikksjefs ansvar \(Gyldig\)](#).

Forutsetning

Kvalitetssikringsprosjekter skal med hjemmel i [helsepersonelloven §26](#) foregå internt.

Skille mellom forskning og kvalitetssikringsprosjekt

Ved kvalitetssikringsprosjekt ønsker man å evaluere eksisterende behandling for å finne ut om beste praksis følges. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) har laget i 2011 en sjekklister som kan være til hjelp i vurderingen:

1. Er formålet med det foreslåtte prosjektet å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen lokalt?
2. Vil prosjektet måle praksis mot etablerte standarder?
3. Vil prosjektet på noen måte involvere pasienten utover det som er rutine i behandlingen?

Hvis svaret på 1 og 2 er "ja", og 3 er "nei", så er prosjektet trolig en kvalitetssikringsstudie. Hvis ikke er det sannsynligvis forskning. Avklaringen vil ha betydning for hvilken instans som skal godkjenne prosjektet. Dette er ofte en gråsone, som beskrevet i artikkelen «[Hvilke prosjekter skal legges frem for regional etisk komite?](#)» (1). Ved tvil bør prosjektleder sende inn fremleggingsvurdering til [REK](#).

Kjennetegnet som taler for at prosjektet er et forskningsprosjekt:

1. Det foreligger en protokoll for prosjektet som beskriver en problemstilling som skal undersøkes eller en hypotese som skal testes med bruk av vitenskapelig metode.
2. Prosjektet innebærer risikomomenter for deltakerne utover det som er vanlig i diagnostikk og behandling.
3. Prosjektet inneholder noe kvalitativt nytt som skal gjøres med deltakerne og som ellers ikke hadde blitt gjort ved ordinær oppfølging/etterundersøkelse.
4. Prosjektet vil kunne fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom.
5. Nye diagnostiske eller terapeutiske metoder skal utprøves.
6. Det skal gjøres en randomisering.
7. Bruk av kontrollgruppe med friske personer.
8. Prosjektet er "annen forskning" og forutsetter fritak fra samtykkekravet for tilgang til personidentifiserbare helseopplysninger.

Arbeidsbeskrivelse

Utføres av	Arbeidsoppgave
Klinikkleder	a) Klinikkladers ansvar er beskrevet i dokument Forskning- Klinikksjefs ansvar (Gyldig) .

Prosjektleder	<p>a) Utarbeide plan for prosjektet.</p> <p>b) Avklare om det fyller alle krav som et kvalitetssikringsprosjekt. Ved tvil bør prosjektleder sende inn fremleggingsvurdering til REK.</p> <p>c) Sikre at databehandlingen er i henhold til lov om behandling av personopplysninger. Ved usikkerhet i håndtering av elektronisk behandling av personvernopplysninger kan forskningsprosjektet meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD) via meldeskjema. NSD kan da bidra med utforming av DPIA som beskrevet i Informasjonssikkerhet - Personvernkonsekvensvurdering (DPIA) (Gyldig). Føre protokoll over databehandlingsaktiviteter i henhold til regelverk.</p> <p>d) Bestilling av sikkert filområde som beskrevet i Informasjonssikkerhet - bestilling av lagringsområde for sensitive personopplysninger (Gyldig), dersom identifiserbare opplysninger skal lagres.</p> <p>e) Lagre nødvendige dokumenter for studien i Elements, se dokument Forskning- Lagring i Elements (Gyldig).</p>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Definisjoner

Forkortelse	Navn/uttrykk	Definisjon/forklaring
DPIA	Data Protection Impact assessment	Skjematisk vurdering av personvernkonsekvenser
NSD		Norsk senter for forskningsdata
REK		Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Referanser

1. Lekven J., Gisvold S.E., Hardang J., Hvilke prosjekter skal legges frem for regional etisk komité?, 2012) *Tidsskr Nor Legeforen*, 2012; 132: 2366-7.

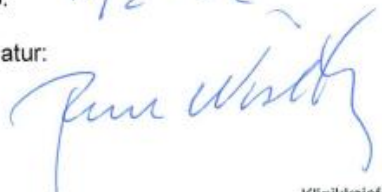
1. Skjema

Egenevalueringsskjema for DPIA	
<p>Skjema brukes for å gjennomføre egnevaluering av personvernrisiko i ved behandling av personopplysninger¹. Målsetning er å identifisere om det er sannsynlig at behandlingen medfører høy risiko for de registrertes rettigheter og friheter. Dersom samtlige kriterier er oppfylt, legges det til grunn at behandlingen sannsynligvis ikke medfører høy risiko for de registrertes rettigheter og friheter. Dokumentet arkiveres i Elements.</p>	
Prosjektnavn: Hvorfor takke nei til Hjerterehabilitering ?	
Saksnr og evt REK-nummer: 2022/1039, ikke framleggingspliktig ifølge REK	
DEL 1 av 2: Vurderingskriterier	
Kriterium	Oppfylt
Databehandling skjer i tråd med samtykke fra de registrerte (pasienter)	Ja
Data samles inn ved bruk av foretakets pasientjournalssystem	Ja
Data lagres pseudonymt (uten direkte identifiserende kjennetegn) etter innsamlingen er gjennomført	Ja
Data lagres i foretakets godkjente systemer for håndtering av personopplysninger	Ja
Databehandling skjer fullt og helt innen rammene av foretakets internkontrollsystem for behandling av personopplysninger.	Ja
Det skal ikke gjøres kobling mot data fra andre datakilder/registre	Ja
Man samler bare inn én type av særlige kategorier av personopplysninger (f.eks. helseopplysninger, opplysninger om straffbare forhold, mv.)	Ja
Det benyttes ikke genetiske opplysninger i stort omfang	Ja
Behandlingen medfører ikke utlevering/tilgjengeliggjøring av opplysninger til mottakere utenfor EU/EØS	Ja
Behandlingen benytter bare teknologi som tidligere har vært benyttet aktivt i pasientbehandling ved sykehuset	Ja
Behandlingen gjør ikke bruk av skytjenester, kunstig intelligens, velferdsteknologi mv. som det ikke allerede foreligger risiko- og sårbarhetsvurdering og DPIA for	Ja
Vurdering	
<p><i>[Her oppsummerer prosjektleder sin vurdering av risiko for de registrertes rettigheter og friheter]</i></p>	
<p>Det er ingen risiko for at de registrertes rettigheter og friheter blir brutt.</p>	

¹ Med risiko menes produktet av sannsynlighet og konsekvens for at en persons rettigheter og friheter blir brutt

DEL 2 av 2: Ansvarlig leders vurdering	
<i>[Her angir ansvarlig leder om han/hun er enig i prosjektleder sin vurdering av risiko for de registrerte.]</i>	
Risiko for de registrertes rettigheter og friheter er håndtert. Det skal ikke gjennomføres DPIA.	Ja
Risiko for de registrertes rettigheter og friheter er ikke håndtert, og må kartlegges nærmere. Det skal gjennomføres DPIA.	

Dato: 10/2-22

Signatur: 

Klinikkjef, professor dr. med
Rune Wiseth
Klinikk for hjertemedisin
St. Olavs hospital HF
Universitetssykehuset i Trondheim
ID-nr 2098067, Tlf 72 82 81 45