



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 72

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hjerterehabilitering i Norge; basert på tilfeldigheter?

Antall ord *: 7869

Engelsk tittel *: Cardiac rehabilitation in Norway; based on coincidence?

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Ja**
konfidensiell materiale?:

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 avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hjerterehabilitering i Norge; basert på
tilfeldigheter?

Cardiac rehabilitation in Norway; based
on coincidences?

Kandidatnummer: 27

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 25.04. 19 kl 14.00

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, § 10.*

Sammendrag

Bakgrunn: Denne oppgaven har fokus på pasientens opplevelse av rehabiliterings forløpet etter PCI. Gjennom studier som tar opp pasienters problem viser denne oppgaven hva som kan forbedres for å øke pasientdeltagelse og kvaliteter ved hjerterehabilitering etter PCI.

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvordan pasientene opplever hjerterehabiliteringsforløpet.

Metode: Litteraturstudie basert på tre kvalitative og to kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Resultatene viser at få deltar på hjerterehabilitering i Norge, samt at hjerterehabiliteringstilbudet er forskjellig i hele Norge. Det kommer også frem at pasientene savner et kontrollert behandlingsforløp og mer individuell sykepleie i hjerterehabiliteringsfasen. Pasienter sliter med å tilpasse seg den nye livsstilen og det er flere som ønsker hjerterehabilitering. Det viser seg at ventetiden er lang for mange pasienter og en del pasienter får ikke tilbud om hjerterehabilitering.

Konklusjon: Det er et behov for standardiserte nasjonale retningslinjer for hjerterehabilitering i Norge og henvisningsregister. Det er også et behov for å fremme den individuelle sykepleien til pasientene i denne fasen, og fokusere på å rekruttere eldre og personer med bidiagnoser.

Nøkkelord: Hjerterehabilitering, PCI, Nasjonale retningslinjer, pasientdeltagelse.

Abstract

Background: This study promotes the patient's experience of the rehabilitation process after PCI. Through studies that address patient problems, this task shows what can be improved to increase patient participation and quality in cardiac rehabilitation after PCI.

Aim: The purpose of the study is to search for how the patients experience the cardiac rehabilitation process.

Methods: Literature-based study based on three qualitative and two quantitative research articles.

Results: The results show that few participate in cardiac rehabilitation in Norway and that the cardiac rehabilitation service is different across regions in Norway. It also emerges that the patients miss a controlled treatment course, more individual nursing in the cardiac rehabilitation phase. Patients struggle to adapt to the new lifestyle and there are many who want heart rehabilitation. It turns out that the waiting time is long for many patients and some patients are not offered cardiac rehabilitation.

Conclusion: There is a need for standardized national guidelines for cardiac rehabilitation in Norway, and a referral register. There is also a need to promote the individual nursing care of patients in this phase and focus on recruiting seniors and people with secondary diagnoses.

Keywords: Cardiac rehabilitation, PCI, National guidelines, Patient participation.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Samfunnsperspektiv	1
1.2 Sykepleiefaglig perspektiv.....	2
1.3 Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.3 Avgrensninger og presisering	3
1.4 Hensikten med oppgaven.....	3
2. Teori	4
2.1 Koronarsykdom	4
2.2 Hjerterehabilitering	5
2.3 Tilpassing til en ny hverdag.....	8
2.4 Lovverk.....	9
3. Metode	9
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Litteratursøk	10
3.3 Valg av litteratur og kildekritikk	11
3.4 Etikk	13
4.1 Artikkel 1.	14
4.2 Artikkel 2.	15
4.3 Artikkel 3	16
4.4 Artikkel 4	17
4.5 Artikkel 5	18
5. Drøfting	20
5.1 Hvordan opplever pasientene hjerterehabilitering etter PCI?.....	20
5.1.1 Hjerterehabilitering oppleves lite koordinert	20

5.1.2 Hjerterehabilitering har et behov for individuell sykepleie	23
5.1.3 Hjerterehabilitering må tilpasses det enkeltes individs behov.	24
5.2 Metode kritikk	26
6. Konklusjon.....	28
6. 1 Oppgavens relevans i praksisfeltet	28
Litteraturliste.....	29

VEDLEGG 1: *Tidslinje*

Tabell 1: *Søkemotorer, søkeord og aktuelle treff*

Tabell 2: *litteratur matrise*

Tabell 3: *litteraturens relevans i oppgaven*

1. Introduksjon

1.1 Samfunnsperspektiv

Hjertesykdom er et stort problem på verdensbasis og i Norge er det en av de hyppigste dødsårsakene for kvinner og menn (Stubberud, 2016, s.22). I 2017 ble 20,704 sykehusopphold i Norge registrert med diagnosen akutt hjerteinfarkt. Ved hjelp av dato og fødselsnummer ble disse oppholdene sammenstilt til 12,705 hjerteinfarkt hos 12,087 personer (Govatsmark, Digre, Sneeggen, Utne & Bønna, 2018, s. 16).

Hjertesykdom skyldes forandringer i hjertet og/eller hjertets egne blodkar. Koronar hjertesykdom skyldes forandringer i hjertets egne blodårer, koronararteriene. Den viktigste årsaken til dette er aterosklerose. De vanligste koronarhjertesykdommene er Angina pectoris og hjerteinfarkt. I 2012 var det 66,000 personer som ble behandlet for koronar hjertesykdom som hoved- eller bidiagnose i Norge. Risikofaktorer for å utvikle koronarsykdom er diabetes, fedme, røyking og alderdom. Forekomst av yngre voksne som blir innlagt med akutt hjerteinfarkt har også økt med årene, selv om det fleste er rundt 70-80 år før de får de første symptomene på koronarsykdom (Stubberud, 2016, s. 22).

Pasienter med akutt koronar sykdom er utsatt for angst og depresjon etter å ha gått gjennom smerter og dyspné. Det er flere som sliter med fatigue og lever med fysisk og psykisk utmattelse. Dette fører til at flere av disse pasientene har begrensinger i dagliglivet og livskvaliteten til pasienten er nedsatt. På grunn av dette har noen problemer med å komme ut i arbeid igjen (Ellingsen, 2016, s. 63). Depresjon er også forbundet med høyere risiko for nytt hjerteinfarkt, og en kan se at de med depresjon ofte får et nytt hjerteinfarkt 1-2 år etter første hjerteinfarkt (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 426). Forskning viser at sekundærforebygging av hjertesykdommen i form av hjerterehabilitering har en forebyggende virkning på depresjon, ved å utøve et strukturert hjerterehabiliteringsprogram som gir pasienten trygghet og kunnskap til livsutfoldelse (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 425).

1.2 Sykepleiefaglig perspektiv

Ifølge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleierne ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg og understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleiers funksjon ved rehabilitering til hjertesykdom tiltrer i det pasienten kommer inn på sykehuset. I den akutte fasen er det sykepleiers ansvar å forebygge helsesvikt og at nye problemer oppstår. Når pasienten ikke lengre er i den akutte fasen og er på bedringens vei starter sekundærforebygging. Under sekundærforebyggingen er det sykepleiers oppgave å fremme pasientens egenomsorg slik at pasienten selv kan ta ansvar for å forebygge tilbakefall og forverringer. Det er sykepleieres ansvar at forløpet er koordinert og overgang fra sykehus til hjem går smidig (Stubberud og Ellingsen, 2016, s. 423).

1.3 Begrunnelse for valg av tema

I praksis fikk jeg være med på den akutte situasjonen under et hjerteinfarkt. I denne situasjonen ble pasienten sendt med helikopter for å utføre PCI ved et annet sykehus. Her fikk jeg en opplevelse av at leger, sykepleiere og pasient samarbeidet veldig godt i den akutte fasen. Jeg oppfattet det også slik at pasient og pårørende hadde samme opplevelse av den akutte situasjonen, men etter PCI følte pasient og pårørende at informasjonen var mangelfull. Som et resultat begynte jeg å søke rundt tema om informasjon etter PCI og hjerterehabilitering. Etter å ha analysert forskningen rundt emne var det tydelig at informasjonen gitt før utskrivelsen fra sykehuset i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig. Jeg kom da over en eldre studie av Hanssen, Nordrehaug og Hanestad (2004) som tok opp temaet hvor den korte liggetiden på sykehuset krever et tettere rehabiliteringsprogram ved hjemkomst. Det de kom frem til i denne studien var at pasientene verdsatte åpne telefonlinjer hvor de, om det var nødvendig, kunne kontakte helsepersonell og få pasientoppfølging.

Jeg har gjennom det siste året på sykepleiestudiet arbeidet på en hjerteavdeling, og har derfor opplevd at de som har gått gjennom et hjerteinfarkt ofte blir reinnlagt. Jeg har observert at leger ikke er flinke nok til å henvise til poliklinisk hjerterehabilitering uten påminnelse fra sykepleierne. Jeg opplever også at det er en usikkerhet om hvem som kan henvises. Dette fikk meg inn på flere temaer som jeg ville ta opp i oppgaven. Dette gjelder blant annet hvordan pasienter opplever hjerterehabilitering og hvordan pasienters erfaringer kan bedre kvaliteten ved hjerterehabilitering.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan opplever pasientene hjerterehabilitering etter PCI?

1.3 Avgrensninger og presisering

I oppgaven har jeg fokusert på pasienters opplevelse av PCI og hjerterhabilitering. Jeg har også fokusert på at artiklene skal få med seg hele rehabiliteringsforløpet. Artiklene har med informasjon som kan knyttes til health literacy, individuell sykepleie og pasienterfaringer. Det er hovedsakelig hjerteinfarkt som er tatt stilling til i oppgaven, men den nevner angina pectoris siden dette også er en koronarsykdom og blir behandlet med PCI.

1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å se hvordan pasienter opplever hjerterehabiliteringsforløpet. Ved å få frem pasientenes opplevelser vil eventuelle nye intervensjoner som må til for å forbedre hjerterehabilitering komme frem.

2. Teori

I teoridelen presenteres aktuell teori som er relevant for oppgaven.

2.1 Koronarsykdom

De vanligste akutte koronarsykdommene er hjerteinfarkt og angina pectoris. Et hjerteinfarkt oppstår når en koronararterie forsnevres eller tilstoppes. Dette fører til at myokardceller dør på grunn av oksygenmangel. Infarktene oppleves forskjellig, men fører vanligvis med seg sterke smerter i brystet - ofte med utstråling til armer eller hals, og gjerne ledsaget av kvalme og oppkast. Smertene gjør også at pasienten blir blek og klam. Pasienter kan også ha alvorlig infarkt uten å ha smerter som symptom. Dette skyldes at smerte er et sent symptom på iskemi, og at enkelte pasienter har færre smertefibre enn normalt. Det siste gjelder primært eldre og en del personer med diabetes (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169). Tilstoppingen er på grunn av aterosklerose og trombedannelse i en eller flere koronararterier. Årsaken til dannelse av arteriosklerose er; Upåvirkelige faktorer som kjønn, arv og alder samt sykdommer som hypertensjon, dyslipidemi, diabetes og kronisk nyresvikt. Samt livsstilsfaktorer som sigarettøyking, inaktivitet, stressende livsstil og fedme (KMI over 30) (Ellingsen, 2016, s.56)

Angina pectoris er brystsmerter forårsaket av arteriosklerose i koronararteriene, men dette er forbigående smerter. Smertene oppstår når myokardcellene blir iskemiske. Dette på grunn av arteriosklerotiske kar og for lite blodstrøm gjennom årene. Smerten oppheves når myokards oksygenbehov blir dekket innen kort tid og området som er rammet kan hente seg inn igjen uten reversibel skade (Ellingsen, 2016, s. 57).

Behandlingen til et hjerteinfarkt går ut på å redusere oksygenforbruket og øke oksygentilførselen til myokard. Tiltakene for å redusere oksygenbehovet er betablokkere, nitratpreparater, sengeleie og god symptomlindring. Tiltakene for å øke oksygentilførselen til myokard er fibrinolytisk behandling og radiologisk intervensjon som kjennetegnes som PCI (Wyller, 2011, s. 72).

Perkutan koronar intervensjon (PCI) er den mest brukte invasive behandlingsteknikken for tette og trange kransarterier. Denne prosedyren blir utført med et kateter som føres inn i arterien i håndledd eller lysk og inn til hjertets kransarterier. I kateteret som føres inn er det en ballong som fylles opp med fysiologisk saltvann og røntgenkontrast og forsnevringen blokkes ut. Ved 95% av tilfellene settes det også inn en mekanisk stent som er et metallgitter formet som en sylinder. Denne stenten vokser inn i åreveggen og er med på at det ikke skal skje en ny forsnevring på stedet den er satt inn. Under inngrepet får pasienter blodfortynnende og platehemmende medisin og videre må pasienten stå på to platehemmende medikamenter som blodpropphindrende behandling etter PCI (Steigen, 2018).

Livet til en person etter opplevelsen av akutt koronarsykdom er individuelt, men i mange tilfeller er hjerteinfarkt/angina overveldende for pasientene. Dette kan føre til at pasienten opplever angst og depresjon som følger av den akutte hendelsen. Disse utfallene har igjen negativ virkning på pasientens livskvalitet og livsstilsendring (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 245).

2.2 Hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering er et behandlingsopplegg som skal gi pasienten kunnskap om medisiner, ernæring og fysisk aktivitet, etter å ha blitt diagnostisert med en hjertesykdom. Pasientgrupper som kvalifiseres for hjerterehabilitering er pasienter som har vært gjennom akutt hjerteinfarkt, PCI, kronisk hjertesvikt, pasienter med mekanisk ventil og pasienter som har utført bypass operasjon (Dala, Doherty & Taylor, 2015).

Sykepleiernes funksjon foregår under punktene helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning, organisering og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17). Rehabilitering starter allerede i det akutte stadiet av sykdommen, og omfatter alle vurderinger og tiltak sykepleierne tar for å forebygge komplikasjoner og bedre pasientens funksjonsnivå (Stubberud, 2016, s. 29). Rehabilitering fikk i 2018 en ny definisjon. Her gikk man bort fra tidsperspektivet for å fokusere på individualisering. Det kom også bedre frem at rehabilitering kan være en livslang prosess hvor tverrfaglig samarbeid varierer over tid. Den nye definisjonen av rehabilitering finner vi i forskrift om habilitering og rehabilitering §3 (2018);

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskaps baserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensinger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, §3).

Stubberud (2016) definerer hjerterehabilitering som koordinerte intervensjoner, der målet er å forebygge angst rundt fysisk aktivitet, og oppnå bedre arbeidskapasitet, yrkesmessig deltakelse og livskvalitet. Hjerterehabilitering har også en sekundærforebyggende målsetting, som tiltak for å unngå forverring av sykdom eller underliggende sykdommer og redusere reinnleggelser. Sekundærforebygging omhandler også å forebygge hypertensjon og diabetes type 2 (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423).

Fasene i hjerterehabilitering i Norge og Europa deles inn i tre. Første fase skjer når pasienten er innlagt på sykehuset. Her blir pasientens fysiske kapasitet testet. Fase to er poliklinisk og starter 2-8 uker etter utskrivelse - avhengig av årsak (PCI uten hjerteinfarkt, 2-4 uker, PCI etter hjerteinfarkt, 4-6 uker, hjertekirurgi, 8 uker). Pasienten skal i denne fasen få veiledning om kosthold, fysisk trening og livsstilsendring. Dette skjer i regi av sykehusets poliklinikk eller lærings- og mestringssentre. Pasienten får psykososial støtte. Fase tre skjer over lang tid og er ofte knyttet til pasientens evne til å vedlikeholde trening og kosthold. I denne fasen får pasienten lite veiledning, men skal følges opp poliklinisk (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 424). Under hjerterehabilitering ligger grunnlaget for at pasienten skal klare fase tre, sykepleierne har et stort ansvar for å motivere pasienten til livsstilsendring (Stubberud & Ellingsen, 2016, s.429).

I Norge er fase to ikke legalisert i loven og det finnes heller ikke retningslinjer for hjerterehabilitering. I Danmark er fase to lovpålagt i retningslinjene, hvor pasient kan både møte på poliklinisk hjerterehabilitering eller hjemmebasert hjerterehabilitering (Bjarnason et al., 2009, s. 413).

Rehabiliteringen skjer både i spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten. Utfordringene kan være kommunikasjon mellom spesialisthelsetjeneste og kommunalhelsetjeneste, samtidig som kommunen har ulik oppfølging til hjertepasienter. Det er derfor viktig at også sykepleierne i kommunalhelsetjenesten har kunnskap til hjerterehabilitering (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 425).

Det finnes ikke egne retningslinjer for hjerterehabilitering i Norge (Bjarnason et.al, 2009). Rehabiliteringstilbudet er veldig varierende fra hvert enkelt sykehus og hver enkel kommune (Mæland, 2006, s. 142). Dette støttes også med å se på St. Olavs Hospitals nettside over aktører som tilbyr hjerterehabilitering. Her ser man at alle sykehusene i Norge tilbyr ulik hjerterehabilitering. Noen har omfattende hjerterehabiliteringsprogram, mens andre har bare oppstart fire ganger i året (St. Olavs Hospital, u.å.). Elisabeth Kleivhaug Vesterbekkmo, overlege ved St. Olavs, uttaler seg i et intervju at det er behov for retningslinjer for hjerterehabilitering. Samtidig som hun påpeker at det bør komme en registrering av hvem som blir henvist til hjerterehabilitering på samme måte som hjerteinfarktregister. Hun påpeker at trening er medisin og burde stå på lik linje med medikamentell behandling (St. Olavs Hospital, 2018).

Danmark innførte egne retningslinjer for hjerterehabilitering i 2013. Retningslinjene ble innført på grunnlag av at det var få som ble henvist til hjerterehabilitering og det var ytterst få som deltok (Sundhedsstyrelsen, 2015, s.10). Retningslinjene tar med at en henvisning bør ligge systematisk og hjerterehabilitering skal ligge som en naturlig del av behandlingen. Behandlingen bør også være individualisert og fleksibel. I pasientundervisning skal de gå gjennom temaene; Det normale og det syke hjertets symptomer, medisiner, kost og væskeinntak, gjenkjenne og håndtere advarsel signal og forverring av sykdom, psykiske reaksjoner, pårørende og sosiale relasjoner, seksualitet, aktivitet og trening, hvordan å reagere ved akutt sykdom og praktiske forhold ved reise og forsikring (Sundhedsstyrelsen, 2015, s. 25).

2.3 Tilpassing til en ny hverdag

Callista Roys syn på sykepleie er bredt men hovedsakelig omhandler det å tiltre når adaptasjonen til et menneske svikter. Dette betyr at mennesket mister sin evne til å tilpasse seg situasjonen den settes i. Det kan være på grunn av lite ressurser, som kunnskap eller mestringsressurser. Roy har hovedsakelig sin oppmerksomhet rundt individet når hun utdyper de funksjonelle komponentene i sin sykepleiemodell. Hun fremhever også forebyggende og helsefremmende sider ved sykepleierfunksjonen. Adaptasjonsområdene kan deles inn i fire forskjellige emner: fysiologisk funksjon, selvbilde, rollefunksjon og sosial gjensidighet (Roy & Andrews, 1999).

Olander, Ringsberg & Tillgren (2014) definerer health literacy som et dynamisk begrep som hovedsakelig kan deles i to. Health literacy omhandler konteksten rundt om hvordan pasient mottar og anvender informasjon om sykdom og medikamenter, samt å håndtere egen helse. Den andre delen av health literacy omhandler helsens avgjørende faktorer for å styrke health literacy (Olander, Ringsberg & Tillgren, 2014, s.47).

Jenum & Pettersen (2008) definerer health literacy som kognitive, personlige og sosiale ferdigheter som er avgjørende for pasienten og pårørendes evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon som skal fremme og ivareta god helse. En persons health literacy har bakgrunn i individets lese- og skriveferdigheter, og dets kroppskunnskap. Evne til å kommunisere med helsepersonell og evne til kritisk tenkning og evaluering av helseinformasjon. Graden av health literacy er også trolig avhengig av kontekst, motivasjon og kulturelle betingelser. For å vurdere en persons health literacy vurderes lese- og skriveferdigheter, antall år skolegang indikerer også nivå av Health literacy. Lav health literacy er også assosiert med høye innleggelsesrater, lite kunnskap om egen sykdom, akutte helsetjenester, feil bruk av legemidler, begrenset evne til å fortolke helseinformasjon, sjeldnere bruk av forbyggende helsetjenester og dårlige helsestatus (Jenum & Pettersen, 2008).

2.4 Lovverk

Pasient- og brukerrettighets loven §2-5 (1999) tilsier at alle pasienter som har behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. §3-2 lovfester også pasientenes rett til informasjon om egen helsesituasjon og §3-5 omhandler at informasjon skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

3. Metode

Ifølge Vilhelm Aubert i Dalland (2017) defineres metode slik: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2017, s. 51).

Metodeavsnittet skal fortelle hvordan jeg gikk til verks for å fremskaffe kunnskap, som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige og holdbare. Metode er et redskap som brukes til å innhente informasjon som trengs til det vi vil undersøke (Dalland, 2017, s. 52).

Metodene deles opp i kvalitativ og kvantitativ metode. Som tilnæringsmotiv velges metode utfra hva man ønsker å vite eller undersøke. Kvalitativ metode utdyper meninger og legger vekt på opplevelser som ikke lar seg tallfeste og ikke er målbare. Kvalitativ metode går i dybden med mange opplysninger, men få undersøkelsesenheter. Metoden kjennetegnes ved at den får frem mangfoldet og det spesielle. Kvantitativ metode kjennetegnes ved å forme informasjonen om til målbare enheter, noe som gir oss mulighet til å kunne foreta regneoperasjoner, som å finne mengde og prosent av en større mengde (Dalland, 2017, s.52). Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor det blir brukt både kvalitative og kvantitative artikler.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie innebærer å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder og å kritisk gå gjennom studier knyttet til et bestemt emne. Hensikten er å gi leseren en god forståelse og kunnskap om problemstillingen. Denne oppgaven bygger på et empirisk studie, hvor jeg først har innhentet litteratur, forskning og erfaringer om problemstillingen (Thidemann, 2017, s. 81). Litteraturstudie i denne oppgaven tar for seg fem studier som skal fremheve problemstillingen.

3.2 Litteratursøk

For å finne svar på oppgavens problemstilling startet arbeidet med å finne relevant forskning på feltet. Søket var ikke strukturert, men skapte en bakgrunn for hvilken forskning som omhandlet temaet. Høyskolen på Vestlandets helsefaglige databaser ble benyttet. Søkemotoren som ble benyttet i denne delen av oppgaven var Google Scholar og PubMed. Ved Google Scholar kom det opp flere bachelor- og masteroppgaver som videre førte meg til relevante studier og artikler. For å bygge opp om teoretiske rammeverk ble bøker som inneholdt relevant litteratur lånt gjennom høyskolens bibliotek. Det ble da brukt pensumliste og Oria.no for å finne de relevante bøkene. St. Olavs hospitals nettside har også blitt brukt fordi de driver et tett samarbeid med NTNUs forskningsgruppe på hjertesykdommer.

Etter å ha søkt i diverse søkemotorer endte jeg opp med å bruke PubMed og CINAHL. Valget falt på denne søkemotoren fordi her er det tverrfaglige artikler, lett å søke, samt som det finnes flere skandinaviske artikler som jeg vil ha fokus på. Til å begynne med var søkeordene litt bredere, men på de siste søkene ble de mer tilspisset.

Søkeord som ble benyttet var; Myocardial infarction, cardiac rehabilitation, patient perspective, myocardial infarction care, secondary prevention, percutaneous coronary intervention, coronary heart disease patient. Jeg valgte også å ha limitasjoner på full tekst, artikler publisert på engelsk og artikler som var publisert innen en tidsramme på 5 år.

Nedenfor blir det presentert en oversikt over søkemotorer, søkeord og aktuelle treff i en tabell.

Database	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Artikler inkludert

PubMed	myocardial infarction, patient perspective, myocardial infarction care	102	1	1	1
PubMed	Cardiac rehabilitation, secondary prevention, myocardial infarction	98	1	1	1
CINAHL	percutaneous coronary intervention, patient perspective, cardiac rehabilitation	4	2	1	1
CINAHL	Myocardial infarction Cardiac rehabilitation Patient experience	10	1	1	1
PubMed	Secondary prevention, Cardiac rehabilitation Coronary heart disease patient	135	3	2	1

Tabell 1 - Søkemotorer, søkeord og aktuelle treff

3.3 Valg av litteratur og kildekritikk

Det brukes kildekritikk for at leser skal forstå hva slags type kilder som er benyttet. Kildene som brukes skal vurderes og overbevises om at de er tilstrekkelige for besvarelsen både dens relevans, gyldighet og forfatter (Dalland, 2017, s.159). Denne oppgaven har et tidsaspekter på fem år, for å underbygge relevans og gyldighet.

Nedenfor blir det presentert en litteraturmatriks for å vurdere kildene, samt en matriks for å vurdere kildenes innhold:

Forfattere Publiseringsår Tidsskrift land	Tittel	metode	Populasjon	Etiske overveielser
Bårdsgjerde, Kvangarsnes, Landås, Nylenna & Hole (2018) Journal og Advansed	Patients narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway	kvalitativ	8 menn og 2 kvinner	Ingen behov for etiske overveielser

Nursing. Norge				
Olsen, Schirmer, Bønaa & Hanssen. (2017) European journal of Cardiovascular Nursing. Norge	Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey.	Kvantitativ /kohort	9013 pasienter som hadde fått PCI utført for første gang mellom 2008-2011. 7068 fullførte.	Godkjent av REK.
Valaker, Norekvål, Råholm, Nordrehaug, Rotnevatn og Fridlund (2016) European journal of Cardiovascular Nursing. Norge	Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings.	kvalitativ	22 pasienter, 9 kvinner, 13 menn, 6-8 uker etter PCI.	Godkjent av REK.
Simony, Dreyer, Pedersen & Birkelund. (2017) Scandinavian Journal of Caring Science Danmark	It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation.	kvalitativ	11 pasienter som deltok i hjerte rehabilitering. Grupper intervjuer og enkelt intervjuer.	Ingen behov for etiske overveielser i følge danske lover.
Peers, Munkhaugen, Gullestad, Liødden, Moum, Dammen, Perk & Otterstad (2017) Norge	The role of cardiac rehabilitation in secondary prevention after coronary events	Kvantitativ /kohort	1127 Norske pasienter med hjerteinfarkt.	Godkjent av REK

Tabell 2- litteratur matrise

Forskningsspørsmål Knyttet til	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Forteller kildene noe om spørsmålene i oppgaven?	JA	JA	JA	JA	JA
Belyser kilden problemstillingen?	JA	JA	JA	JA	JA
På hvilken måte belyser forskningen spørsmålene?	Hva som skjer i de ulike fasene i CR.	Hvor mange som deltar og hvem som deltar på hjerterehabilitering	Hvordan pasienten opplever PCI inngrep og tiden etter.	Får frem pasientenes erfaringer etter et hjerteinfarkt	Får frem hvor forskjellig et hjerterehabiliteringsprogram kan være og utfall.
Hvordan kan denne studien brukes i oppgaven?	Den får grundig med hva pasientens behov er og pasient erfaringer.	Får frem hvor mange som deltar på hjerte rehabilitering og om det har noe med erfaringen av hjerterehabilitering. Samt som det kan ta med hvilke grupper som deltar og knytte det til health literacy.	Få frem pasientens mening og forbedringer som må gjøre innen for hjerterehabilitering.	Ved disse faktorene som kommer frem kan man bygge på hvordan hjerterehabilitering kan bruke faktorene til sin fordel.	For å fremme at det trengs nasjonale retningslinjer om hjerterehabiliteringsinnhold og henvisning.

Tabell 3- litteraturens relevans i oppgaven

3.4 Etikk

Forskningsetikk handler om å vinne ny kunnskap og innsikt innen forskning som ikke går på bekostning av enkeltpersoners integritet eller velferd. Forskningsetiske normer tar hensyn til forsøkspersonene, at de er informert og at deltagelsen er frivillig og konfidensiell (Slettebø, 2013, s. 209). Noen av artiklene er godkjent av etisk komiteer mens i andre artikler har det ikke vært nødvendig å innhente etisk godkjenning. Primærlitteratur er å ønskelig for å bevare det opprinnelige perspektivet fremfor en bearbeidet og fortolket sekundærkilde (Dalland, 2017, s. 162). I denne oppgaven er det fortrinnsvis brukt primærlitteratur. Kildene er behandlet etter Høyskolen på Vestlandets retningslinjer for referanseliste og kildebruk.

4. Funn/Litteratur

I dette kapittelet legges det frem sammendrag av artiklene som er valgt ut i denne litteraturstudien.

4.1 Artikkel 1.

Bårdsgjerde, Kvangarsnes, Landås, Nylenna & Hole (2018) Patients narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway.

Bårdsgjerde et al. (2018) tar opp problemet om pasientdeltagelse ved hjerteinfarkt hvor pasienten får behandling med PCI. Norge er et land hvor det er ”stor” avstand mellom sykehusene. På grunn av sentralisering blir det bare utført PCI ved åtte sykehus i Norge. Pasienter som ikke bor i nærheten av PCI-sykehus blir derfor forflyttet fra lokalt sykehus med ambulanse eller helikopter. Korttid etter behandling med PCI blir pasient sendt tilbake til lokalt sykehus.

Pasientenes erfaringer om pasientforløpet ble knyttet til den akutte fasen, utskrivelsen og rehabilitering. Funnene i studien knytter seg til fire faser i forløpet: (1) manglende verbal kommunikasjon i den akutte fasen, (2) Tillit til helsepersonell og behandling, (3) manglende deltagelse og koordinering ved utskrivelse og (4) felles beslutningstaking i rehabilitering.

I den akutte fasen var det bare de med tidligere hjerteinfarkt som forstod at symptomene var hjerteinfarkt. De aller fleste følte også at informasjonen ikke var tilstrekkelig, de fleste fikk ingen verbal informasjon, men forstod på helsepersonellens oppførsel at det var kritisk. Under behandlingsfasen opplevde pasientene trygghet og alle hadde positive opplevelser til selve prosedyren. De opplevde tilstrekkelig med informasjon om prosedyren både før og etter inngrepet.

Informasjonen pasientene fikk om livsstilsendringer, medikamenter og rehabilitering var ulik fra pasient til pasient. Noen var fornøyd med både informasjonen som var verbal og med skrevet det fikk med seg hjem. Andre savnet mer individuelt tilpasset informasjon. Dette var med tanke på livsstilsendringer som ved hvilke matprodukter som skulle byttes ut, samt trening. Medikamentenes bivirkninger var også noe pasientene savnet informasjon om. Et annet stressmoment som pasientene opplevde i denne fasen var reisen hjem fra PCI-sykehus.

Alle i denne studien deltok på poliklinisk hjerterehabilitering og beskrev hjerterehabiliteringen som noe positivt. Det som kom frem i intervjuene var at de fleste fikk det meste av informasjon ved hjerterehabilitering. Informasjonen som ble gitt var både om hjertets fysiologi, ernæring og trening samt at det ble utført trening i grupper. De fleste av pasientene satte pris på gruppesamtaler med pasienter i samme situasjon. I gruppesamtalene fikk pasientene dele opplevelser og erfaringer etter hjerteinfarkt, som hadde god innvirkning på motivasjonen til pasientene. Noen av pasientene mente også at det var lettere å få informasjon på hjerterehabiliteringen enn på sykehuset. Den ene som deltok i studien påpekte at om hun hadde fått tilstrekkelig med informasjon på sykehuset tror hun ikke hun hadde deltatt, derfor var hun takknemlig for at hun ikke hadde fått ønskelig informasjon på sykehuset.

Resultatene i Bårdsgjerde et.al. (2018) studie viser at pasientene begynner med et lavt nivå med pasientdeltakelse i den akutte fase til et høyt nivå i rehabiliteringsfasen. Dette er den første studien på undersøkelse av pasientdeltakelse i ulike faser ved et myokardinfarkt. Denne studien hevder at individuelle planer for informasjon og pasientdeltagelse er viktige for å forbedre pasientdeltagelse tidligere i forløpet.

4.2 Artikkel 2.

Olsen, Schirmer, Bønaa & Hanssen (2017) Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey.

De som har blitt inkludert i studien til Olsen, Schirmer, Bønaa og Hanssen (2017) er de som har fått utført PCI i Norge mellom 2008 og 2011, og har norsk statsborgerskap. Studien kommer frem til at 28% av de som utførte PCI i Norge fra 2008 til 2011 deltok i et hjerterehabiliteringsprogram. Den typiske deltakeren var ung, overvektig, hadde høyutdannelse og hadde vært utsatt for en akutt koronar hendelse. Det påpekes at resultatene er avhengig av pasientens geografiske plassering. Det trekkes også frem de geografiske plasseringene i Norge på den måte at de ulike regionene har ulik økonomisk støtte, henvisningsstrategi kan også forklare ulikhetene.

Studien viser tidligere undersøkelser der kvinner har vært mindre tilbøyelige for deltagelse i hjerterehabilitering. I disse tidligere undersøkelsene er transport, komorbiditeter og familieansvar hinder for å delta. I denne undersøkelsen kommer det frem at kvinner deltok i like stor grad som menn. Det har vært et økt fokus på kvinner og kardiovaskulære helseproblemer det siste tiåret, som kan ha medført til at kvinner ser på det som noe positivt og ser viktigheten av og delta (Olsen et.al., 2017).

Deltagerfrekvensen avtar med økende alder over 70 år. Det er flere faktorer som påvirker deltagelsen for denne gruppen som: redusert sjanse for å bli henvist, komorbiditeter, de ser ikke verdien av deltagelsen, utilstrekkelig transport og omsorgsansvar hjemme. Det kommer også frem at de som bor i nord og vestlige deler av Norge er de som deltok minst. Dette kan ha sammenheng med reisevei og tilgjengelighet. Det vises også en tilknytting mellom de som røyker, har lavere utdanning og ikke deltar på hjerterehabilitering. Det å ha kunnskap om hjertesykdom og høy utdanning har større sannsynlighet til å delta i et hjerterehabiliteringsprogram. De som har opplevd et hjerteinfarkt har også større sannsynlighet for å delta, dette for at de blir motivert til å delta under innleggelsen og blir ikke henvist elektivt (Olsen et.al., 2017).

4.3 Artikkel 3

Valaker, Norekvål, Råholm, Nordrehaug, Rotnevatn og Fridlund (2016) Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings.

Valaker et.al (2016) studie tar for seg pasientens opplevelse mellom utskrivelse og poliklinisk hjerterehabilitering. Det var 22 pasienter i studien hvor alle hadde fått utført PCI. Kriteriene for å være med var at det var første gang pasienten fikk utført PCI. Alle pasientene snakket norsk.

De største funnene er at alle pasientene var fornøyd med selve PCI-behandlingen, men utskrivelsesmetoden var ikke tilstrekkelig. Gjennom intervju med pasienter delte de problemene inn i fem kategorier. Det første var at behandlingsløpet er veldig komplekst, som ble forklart med at de fleste kom til et lokalt sykehus før de ble videresendt. Ved at behandling ikke ble gjort på lokalsykehuset blir kategori to omtalt som; utskrivelsen er fragmentert, altså pasienten oppfattet at ingen av sykehusene tok ansvar for informasjon. Tredje kategori er for lite informasjon om daglige aktiviteter etter PCI. De to siste kategoriene var; behovet for oppfølging av allmennlege og tilgang til rehabilitering. De som hadde fått tilbudet med hjerterehabilitering var veldig tilfredsstillt og de under rehabiliteringen fikk kontroll på hverdagen. De som ikke fikk tilbud fra verken fastlege eller sykehus var ikke fornøyd og synes det burde være for alle, samt at ventetiden var frustrerende for pasientene. Den ene pasienten sa at hjerterehabiliteringen skulle startet direkte etter utskrivelse for det var da pasienten var motivert.

Det viste seg også at det var lite informasjon hvordan pasienten skulle få tak i helseinformasjon, samt at pasientene trengte hjelp til å planlegge oppfølgingsavtaler. Studien konkluderer med at pasienter synes det var vanskelig og flytte fra de forskjellige behandlingsplassene. Sykepleierne må derfor forstå systemet for å møte pasientens behov. Det må også fokuseres mer på individuell sykepleie, tverrfaglig arbeid og selvstyringsprogram (Valaker et.al., 2016).

4.4 Artikkel 4

Simony, Dreyer, Birkelund og Pedersens (2017) It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation.

Simony et.al (2017) studie tar opp pasienters opplevelser av et hjerteinfarkt og deres livssituasjon, etter å ha fulget hjerterehabiliteringsprogram i Danmark. Ved bruk av fokusgrupper og intervjuer fikk de en dybdeforståelse av dette. Funnene i studiene delte de inn i tre temaer som oppstod etter et hjerteinfarkt: vanskeligheten ved å akseptere sykdommen, forståelse av at livet er skjørbart og et forandret liv.

Pasientene i denne studien opplevde at det var ”vanskelig å akseptere sykdommen”. Det kom også frem at pasientene følte seg hjelpeløse i den akutte fasen, før de ble innlagt og tatt hånd om av helsepersonell. Pasientene satt igjen med en forståelse at livet er skjørbart og en frykt for et nytt hjerteinfarkt. Gjennom gruppesamtalene kom det frem at pasientene lærte hva som skjedde med hjertet under infarkt og at de nå led av iskemi. De delte opplevelser som at de ikke våget å legge seg å sove i fare for at de ikke skal våkne igjen. De opplevde også at det til tider var tungt å puste. Pasientene satte pris på å dele erfaringer med hverandre, da dette gjorde at de forsto sykdommen bedre. De var enig i at sykdommen påvirket dem både fysisk og mentalt, og det var vanskelig og komme tilbake til arbeid og hverdagslivet.

Det som trekkes frem og må jobbes med videre i hjerterehabilitering er å forstå at pasientene har en frykt for døden og et nytt hjerteinfarkt. Pasientene føler seg hjelpeløse og sårbare. De trenger hjelp til å mestre livet etter hjerteinfarkt. Det kom også frem at gruppesamtaler med flere som har gått gjennom det samme hadde god effekt (Simony et.al., 2017).

4.5 Artikkel 5

Peersen, Munkhaugen, Gullestad, Liodden, Moum, Dammen, Perk og Otterstads (2017) The role of cardiac rehabilitation in secondary prevention after coronary events

Studien til Peersen et.al (2017) tar for seg to nabosykehus hvor hjerterehabiliteringen de tilbyr er ulik. Bakgrunnen for studien er at det i Europa finnes ulike varianter av hjerterehabilitering. Utvalget i studien er pasienter som har fått akutt hjerteinfarkt, PCI og/eller Coronary Artery Bypass Grafting (CABG). 1,127 pasienter fra 18 til 80 år deltok i studien. For å delta måtte pasienten møte poliklinisk for å ta ulike blodprøver, som blant annet kolesterol nivå i blodet. Deretter måtte de svare på et omfattende spørreskjema etter 2-36 måneder oppfølging. Drammen hjerterehabilitering består av en endags herteskoole og trening to ganger i uken, i 2-6 uker, med oppstart 2-6 uker etter indekshendelse. Vestfold har et mer omfattende hjerterehabiliteringsprogram, hvor det er individuelle og gruppetilnærminger, motivasjonsintervju, trening og opplæring i medikasjon, ernæring og anatomi. I Vestfold starter hjerterehabilitering 2-3 uker etter indekshendelse etterfulgt av oppmøte to ganger i uken i fem uker, med en treningsvarighet opptil seks måneder. Drammen hadde ikke noe prosedyre for henvisning eller registrering av henvisning. I Vestfold måtte pasientene delta i 50% av hjerterehabiliteringen og komplette henvisning registreringer var tilgjengelige.

Resultatene i denne studien viser at utdanningsnivået i Drammen var lavere blant pasientene kontra pasientene i Vestfold. Ved Vestfold var det 75% som deltok på hjerterehabilitering, i Drammen var deltagernivået på 18%. Det viser også at flere trengte mer informasjon under oppfølgingstime ved Drammen kontra Vestfold. Denne studien fremmer i studiens diskusjonsdelen at det må inn nasjonale retningslinjer slik at deltagelse og innhold ved hjerterehabiliterings programmene blir mer like (Peersen et.al., 2017).

5. Drøfting

5.1 Hvordan opplever pasientene hjerterehabilitering etter PCI?

5.1.1 Hjerterehabilitering oppleves lite koordinert

Studien til Olsen et.al. (2017, s. 273) viser at bare mellom 20% til 31% av dem som utførte PCI i Norge fra 2008 til 2011 deltok i et hjerterehabiliteringsprogram. I tillegg viser studiene til både Bårdsgjerde et.al (2018, s. 7) og Valaker et.al (2016, s. 449) at alle deltagerne på hjerterehabilitering opplevde dette som noe positivt. Videre fremhever studien til Simony et.al (2016, s. 238) at pasientene hadde godt utbytte av å snakke sammen om erfaringer. Disse studiene indikerer at det er nødvendig med hjerterehabilitering og at pasientene er tilfreds med det polikliniske. Uklarhetene dreier seg i større grad om forløpet. Mine egne erfaringer støtter dette, de fleste pasientene har vanskelig for å forstå rehabiliterings forløpet og opplever det som rotete.

FASE 1: Innlagt på sykehuset. Under den akutte fasen opplevde både de i studien til Bårdsgjerde et.al. (2018, s. 6) og Valaker et.al (2016, s. 448) det som en påkjenning å bli fraktet fra lokalt sykehus til sykehus som utfører PCI. De følte seg godt ivaretatt under inngrepet, men det var etter inngrepet at misforståelsene oppstod. I Valaker et.al. (2016, s. 448) påpekte den ene pasienten at behandlingsforløpet er veldig komplekst og når de ble sendt mellom to sykehus opplevde de å havne mellom, og at ingen tok ansvar for dem. I Bårdsgjerde et.al (2018, s. 6) kom det også frem at flere pasienter opplevde transport fra sykehus som utfører PCI og hjem til lokalsykehuset som en stressfaktor. Den ene pasienten følte ingen kunne fortelle han hvordan han skulle komme seg hjem, og han ble stresset av at han skulle ta buss og ferje hjem. Det er da viktig som sykepleiere å ta ansvar for overflyttingen til pasienten og gi klar beskjed om dette. Det er sykepleiers ansvar at forløpet til pasienten er koordinert (Stubberud, Ellingsen, 2016, s. 423) .

I Studien til Bårdsgjerde et.al (2018) sier den ene pasienten at hun var glad hun ikke fikk tilstrekkelig med informasjon på sykehuset. Hvis ikke hadde hun ikke deltatt på hjerterehabilitering. Her kommer det også frem at koordinering av utskrivelsen ikke var tilfredsstillende og pasientene følte utskrivelsene var tilfeldige. Valaker et.al (2016, s. 448) sin studie trekker også frem utskrivelsene som mangelfulle. Dette gjelder blant annet hvordan de skulle finne helseinformasjon og savnet informasjon om hverdagslige aktiviteter etter en har utført PCI. Ifølge Stubberud (2016, s. 423) er det sykepleiers rolle at koordinering fra sykehus til hjem får en smidig overgang. Ved min arbeidsplass har de nylig innført et nytt prosjekt for trygg utskrivelse, dette nettopp for at utskrivelsen ikke skal oppleves som tilfeldig og mangelfull. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) tilsier også at alle pasienter som har behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett på en individuell plan, samt rett til informasjon som er tilpasset pasientens forutsetninger.

FASE 2: Poliklinisk. Bårdsgjerde et.al (2018, s. 7) og Valaker et.al (2016, s. 449) kommer frem til at alle som deltok på hjerterehabiliteringsprogrammet var tilfredsstillt med undervisning og trening. Det som kommer frem i Valaker et.al (2016, s. 449) er at de opplevde ventetiden fra utskrivelse til start frustrerende og konstaterer at å starte direkte etter utskrivelse er mest gunstig for da er pasienten motivert. Det er ulike start faser for rehabilitering etter PCI, og om det har hvert et hjerteinfarkt eller ikke, men de burde gjerne tatt til ettertanke at selve undervisningen tas tidlig etter utskrivelse siden pasientene opplever utskrivelsesfasen som tilfeldig og ikke informativ nok. Hvis vi ser på Peersen et.al (2017, s. 1361) studie begynner nemlig sykehuset i Vestfold med hjerterehabilitering 2-3 uker etter indekshendelse. Til sammenligning har Drammen et slingringsmål på 2-6 uker etter indekshendelse. I teoridelen ser vi at denne fasen ikke er lovpålagt i Norge. Det kan da være lett for pasienter å velge dette bort.

Gruppesamtaler hvor erfaringer blant hjertesyke ble delt, oppleves som en viktig del av hjerterehabiliteringen og trekkes frem i både studien til Simony et.al (2017, s. 238), Bårdsgjerde et.al (2018, s. 7) og Peersen et.al (2017, s. 1361).

FASE 3: pasientens evne til å vedlikeholde trening og kosthold. I Peersen et.al (2017, s.1361) er det i denne fasen sjekket om pasientene følger anbefalingene som ble/skulle blitt gitt under hjerterehabilitering. Disse anbefalingene omhandlet å ikke røyke, trening, inntak av frukt og grønnsaker, BMI under 30, blodtrykk under 140/90 mmHg, kolesterolverdier under 1.8 mmol/l og kunnskap om medisiner. Hvor mange som klarte og slutte å røyke var likt ved Drammen og Vestfold, og det var heller ikke noen store forskjeller i kolesterolnivået eller blodtrykk til pasientene. Dette kan forklares med at pasienter ved begge plasser håndterer medikamentbruken. Sammenlagt hadde pasientene ved Vestfold sykehus tilpasset seg den nye livsstilen, kontra pasientene som deltok på treningsbasert hjerterehabilitering ved Drammen. Ved Drammen sykehus var det flere pasienter som satt igjen med et ikke tilfredsstillende informasjonsnivå og disse pasientene opplevde i større grad og ikke ha full oversikt over medisiner. Det kan konkluderes med at et omfattende hjerterehabiliteringsprogram fører til at pasientene som deltar, har bedre evne til å vedlikeholde trening og kosthold.

Elisabeth Kleivhaug Vesterbekkmo tar opp at det må komme et register på hvem som blir henvist til hjerterehabilitering på samme måte som hjerteinfarktregister. Hun påpeker også at trening og medikamentell behandling bør stå på lik linje (St.Olavs Hospital, 2018). En bør også trekke frem helhetlig hjerterehabilitering hvor alle behov må dekkes. Dette kan man ikke dokumentere for at blir gjort i Norge når alle sykehus har egne hjerterehabiliteringsprogram (St. Olavs Hospital, U.Å). Peersen et.al (2017, s.1361) sin studie tar for seg Sykehuset i Vestfold og Drammen Sykehus som er to nabosykehus. Bare i denne studien ser vi forskjell på henvisningsstrategier. Ved Sykehuset i Vestfold har de prosedyrer for henvisning, samtidig som sykepleierne og legene har kunnskaper om viktigheten om hjerterehabilitering og arbeider for at flest mulig deltar på hjerterehabilitering.

I Valaker et.al (2016, s. 449) kommer det også frem at flere ikke var henvist. Disse pasientene viser stor misnøye over dette og påpeker at alle som ønsker hjerterehabilitering bør få tilbudet. Uten et henvisningsregister blir tallene til Olsen et.al (2017), om hvor stor andel som deltar på hjerterehabilitering, diffuse. De påpeker i oppgaven at henvisningsstrategier kan forklare ulikheten. De sendte undersøkelsen til alle som hadde utført PCI i Norge i tidsrommet, men det står ikke noe om hvor mange av de som ble henvist. Studien til Peersen et.al (2017, s.1361) blir mer relevant, selv om de bare tar for seg to sykehus. Dette fordi de eliminerer Drammen sykehus under drøfting ved henvisning og deltagelse når det ikke er register eller rutiner på dette hos dem. For sykehuset i Vestfold kan man derimot se på disse tallene fordi henvisningene er registrert og det er gode rutiner på å henvise pasienter. Olsen et.al (2017, s. 277) kommer med en viktig opplysning om at hjerteinfarktpasienter som har utført PCI har større mulighet for å delta på hjerterehabilitering, da disse ofte blir henvist på sykehuset og motivert der kontra å bli henvist elektivt. Olsen et.al (2017,s. 277) viser at å bli henvist elektivt gir lavere sannsynlighet for deltagelse på hjerterehabilitering. Deltagelse og sannsynlighet for å bli henvist avtar også etter fylte 70 år (Olsen et.al, 2017, s. 275). Dette virker mot sin hensikt da eldre er mest utsatt for koronarsykdom (Stubberud, 2016, s. 22)

5.1.2 Hjerterehabilitering har et behov for individuell sykepleie

Bårdsgjerde et.al (2018, s. 8) påpeker at individuell sykepleie er nøkkelen for tidlig pasientdeltagelse. Når Olsen et.al (2017, s. 277) også påpeker at komorbiditet og transport er en vesentlig faktor for at pasienter ikke deltar på hjerterehabilitering, er en individuell plan en løsning for denne pasient gruppen. På grunn av de geografiske utfordringene vi har i Norge er en individuell plan nødvendig for at flest mulig kan delta i et hjerterehabiliteringsprogram.

Her trekkes pasient- og brukerrettighetsloven inn igjen for å understreke at pasienten har rett på en individuell plan. Om pasienter skal få tilbudet om å få hjemmebasert hjerterehabilitering forutsetter det at det må komme retningslinjer på hvordan spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten skal samarbeide, når pasienter velger å ha hjemmebasert hjerterehabilitering. Dette blir tilbudt i Norge i dag, men det er utfordringer med kommunikasjon mellom spesialhelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 425).

I studien til Peersen et.al (2017, s. 1362) viser tallene på deltagelse ved hjerterehabilitering på sykehuset i Vestfold 75%. Til sammenligning hadde Drammen sykehus 18%. Forskjellene i hjerterehabiliteringsprogrammene var store, men den ene forskjellen var at ved sykehuset i Vestfold hadde de både individuell- og gruppetilnæringer. I den nye definisjonen av rehabilitering går de også bort i fra tidsperspektiv for å fokusere på individualisering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, §3). Det bør da vurderes om det skal være et tidsaspekt ved hjerterehabiliteringens eller ikke. Noen er gjerne fornøyd med to måneders oppfølging, mens andre trenger gjerne oppfølging over et år. Pasientene i studien til Valaker et.al (2016, s. 449) hadde nemlig den oppfatningen at hjerterehabiliteringen var for omfattende og langt. Det må da finnes en middelvei for denne gruppen som ikke trenger omfattende oppfølging. Ved sykehuset i Vestfold beregnes deltagelse på deres omfattende hjerterehabiliteringsprogram hvis pasient har deltatt på 50% av hjerterehabiliteringen (Peersen et.al, 2017, s. 1361). En kan da vurdere om det burde løses på den måten at alle pasienter som henvises til hjerterehabilitering må delta på 50% av hjerterehabiliteringen før de kan avslutte behandlingen.

5.1.3 Hjerterehabilitering må tilpasses det enkeltes individs behov.

Det er kjent at hjertepasienter sliter med depresjon og angst etter et hjerteinfarkt. Det som trekkes frem i studien til Simony et.al (2017, s. 235) er at pasientene har vanskeligheter med å akseptere sykdommen. Sykdommen påvirket dem både fysisk og mentalt, og de opplevde et forandret liv hvor de trakk seg bort fra det sosiale. Ifølge Stubberud (2016, s. 423) er det dette vi skal unngå ved å delta på hjerterehabilitering. Det kan også trekkes inn Callista Roys sykepleiemodell som har sin oppmerksomhet mot individet og deler adaptasjonsområdene inn i fire forskjellige emner: fysiologisk funksjon, selvbilde, rollefunksjon og sosial gjensidighet (Roy & Andrews, 1999). Ifølge Callista Roy skal vi som sykepleiere tiltre når adaptasjonen til et menneske svikter. Simony et.al(2017, s.238) får frem at pasientene ikke klarer å tilpasse seg den nye situasjonen, som ved Roys modell vil tilsi at sykepleierne svikter når de ikke tiltre når pasienten ikke klarer og adaptere til sin nye livssituasjon.

Callista Roys perspektiv på sykepleierfunksjonen er forebyggende og helsefremmende. Sykepleierne har den samme funksjonen ved hjerterehabilitering. Hjerterehabilitering skal også være sekundærforebyggende som tar for seg tiltak for å unngå forverring av sykdom eller underliggende sykdommer (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423).

Health literacy er med på å forstå hva som skal til for å fremme pasientens egen helsefremming. Hver pasient har en ulik bakgrunn og ulik kunnskap om kropp og egen helse. De som er mest utsatt for koronarsykdom er diabetikere, pasienter med høy bmi/kmi, røykere og eldre. Disse gruppene er også nevnt i de fleste studiene. Olsen et.al (2017, s.278) konkluderer i sin studie med at de som deltar på hjerterehabilitering i Norge er unge, overvektige og vellutdannende personer, hvor flere har opplevd en hjertesykdom tidligere. Olsen et.al (2017, s.278) studie fremhever også at deltagelsen er geografisk forskjellig.

Studien til Valaker et.al (2016, s. 446) viser at 4 av 22 pasienter hadde diabetes og 10 av 22 pasienter slet med hypertensjon. I studien til Olsen et.al (2017, s.277) viser det seg at pasienter med komorbiditet har liten deltagelse ved hjerterehabilitering, og at disse pasientene har tendenser til å ikke bli henvist til hjerterehabilitering. Når risikofaktorer for å utvikle koronarsykdom er diabetes og fedme (Stubberud, 2016, s. 22) må denne gruppen pasienter fokuseres mer på. For disse pasientene er ikke hjerterehabilitering bare bra for koronarsykdommen, men også gjerne bidiagnose også. Det er her også behov for individuell sykepleie. Eksempelvis finner vi i Bårdsgjerde et.al (2018, s. 6) at en pasient ønsket en diettplan som var tilpasset hennes eget kosthold.

Peersen et.al (2017, s.1362) studie viser at utdanningsnivået blant deltagerne ved Vestfold og Drammen hadde en differanse hvor flest av de som deltok ved Vestfold hadde høyere utdanning. Høyere utdanning i denne studien er de som har fullført 13års skolegang. I Olsen et.al (2017, s.277) studie var det også bare et fåtall av de med høy utdanning som ikke deltok. Dette gir oss som sykepleiere informasjon om at de som ikke har høy utdanning har lavere health literacy. Derfor må denne pasientgruppen motiveres enda mer til å delta på hjerterehabilitering, da de har vanskeligere å forstå helsegevinsten med å delta på hjerterehabilitering. Dette knyttes også opp mot sekundærforbygging, hvor sykepleier skal forebygge reinnleggelse som ofte er assosiert med dem som har lav health literacy.

Studien til Olsen et.al (2017, s. 277) viser at røykere er knyttet til personer med lav utdannelse. Røykere har likevel ikke mindre sannsynlighet for å delta. Hvis vi da ser på studien til Peersen et.al (2017, s.1362) er antallet røykere før indekshendelse, og etter hjerterehabilitering, lik ved både Vestfold og Drammen. Begge studiene konkluderer derfor med at røyking ikke har noen betydning for deltagelsen. Siden dette er en risikofaktor for koronarsykdom (Stubberud, 2016, s. 22) må disse pasientene motiveres til å delta på hjerterehabilitering. Når det viser seg at denne gruppen knyttes til lav health literacy må informasjon tilpasses pasienten. På denne måten vil pasienten forstå viktigheten av hjerterehabilitering og røykeslutt.

5.2 Metode kritikk

Ved oppstart av oppgaven var problemstillingen veldig åpen. Etter ulike søk for å finne aktuelle artikler ble problemstillingen mer konkret. Hensikten med oppgaven er å se hvordan pasienter opplever hjerterehabiliteringsforløpet. For å svare på oppgaven ble det valgt både kvalitative- og kvantitative-studier, for å få både dybden som kvalitative studier gjør samt se på problemstillingen i forhold til et større aspekt.

Fordelen med å bruke studier som anvender kvalitativ metode, er at disse går i dybden og beskriver et lite antall pasienters personlige erfaringer (Dalland, 2017, s.52). En ulempe med studiene som er valgt er at de ikke bare tar for seg pasienter som har utført PCI, men også pasienter som har utført annen hjertekirurgi. En annen svakhet i studien kan være at det ikke er delt inn i alder, slik at de studiene som er brukt tar for seg både kvinner og menn i alder 18-80. Det kan da være en svakhet og ha et slikt aldersspenn, da hjerterehabilitering kan oppleves forskjellig i ulike aldersgrupper.

Et dilemma med og bruke litteraturstudie kan være at studiene i oppgaven er selvvalgt. Erfaringer med databasesøk er begrenset og søkeprosessen var både vanskelig og tidkrevende. Det kan ha vært relevant forskning som ikke er blitt funnet og ubevisst valgt bort. Tidspress, oppgavens omfang og manglende erfaring med å utføre en litteraturstudie kan prege oppgavens innhold.

Før skriveprosessen, hadde jeg kunnskap om at det var mange studier om informasjon etter et hjerteinfarkt og psykiske behov. Derfor ville jeg at min litteraturstudie ikke skulle omfatte dette, men heller belyse hvordan pasientene opplevde hjerterehabilitering. Jeg var også veldig bevisst på at jeg ville ha med hele rehabiliteringsfasen og lagde derfor en tidslinje for å få tydelig frem hvor de ulike artiklene tok stilling til i de ulike fasene av hjerterehabiliteringen (Vedlegg 1). Det som ble tydelig etter gjennomgang av artiklene var at fase 3 i rehabiliteringen var lite belyst.

Alle studiene i oppgaven er skrevet på engelsk. En svakhet i oppgaven er at i noen av artiklene oppsto det problemer ved oversettelsen og det kan ha oppstått feiltolkninger og oversettelsesfeil. Det oppleves likevel som jeg har forstått innholdet i artiklene, og artiklene er lest grundig gjennom flere ganger. For å finne nyere bøker om health literacy som de hadde tilgjengelig på biblioteket, var en svensk bok beste alternativ. Dette ble utfordrende og feiltolkninger kan ha oppstått i oversettelsesprosessen. Det ble også referert til Danmarks retningslinjer for Hjerterehabilitering som er noe enklere å oversette en Svensk, men det kan være en mulighet for feiltolkning. Noe som kan oppfattes som en styrke i oppgaven er at alle studiene er Skandinaviske. Det er fire norske og en dansk studie. Da oppstår det ingen ulikhet i den kulturelle bakgrunnen til pasientene i oppgaven. En styrke til i oppgaven er at alle som deltok i de norske studiene var norsktalende som gjør det mer tilspisset, selv om dette også kan ses på som en svakhet hvor nordmenn som ikke snakker norsk blir ekskludert. Oppgaven har ingen studier som er eldre enn fem år. Søket var rettet mot å finne de nyeste studiene som kunne belyse deltagelse ved hjerterehabilitering. En styrke ved oppgaven er at alle artiklene er med på å belyse problemstillingen i oppgaven.

6. Konklusjon

Pasienters opplevelse av hjerterehabilitering etter PCI er et ukoordinert pasientforløp. Det kommer frem at pasientene ønsker mer informasjon og individuell tilpasset hjerterehabilitering. Hjerterehabiliteringstilbudet er forskjellig i hele Norge, og jeg konkluderer med at det må innføres en nasjonal standard for hjerterehabilitering. Nasjonale retningslinjer bør da ta hensyn til pasientens opplevelse av tidligere utførte hjerterehabiliteringsprogram. I denne litteraturstudien trekkes Sykehuset i Vestfold frem som et godt eksempel hvor de hadde 75% deltagelse ved hjerterehabiliteringsprogrammet deres. Pasienter sliter med å tilpasse seg den nye livstilen som også viser et behov for å fremme individuell sykepleie. Rehabilitering må tilpasses det enkelte individ og det må ta hensyn til pasientens nivå av health literacy, komorbiditet og alder. Et henvisningsregister bør innføres for å få konkrete tall på hvem som blir henvist.

6.1 Oppgavens relevans i praksisfeltet

Siden jeg arbeider på en hjerteovervåkning/intermediær avdeling oppleves dette tema som veldig relevant for meg. Ved innføring av retningslinjer på hjerterehabilitering, blir det klare prosedyrer for sykepleierne på avdelingene om hvem som og hvorfor pasientene blir henvist. Det er et faktum at henvisninger til hjerterehabilitering ofte kan bli glemt i en hektisk arbeidsdag. Derfor mener jeg det er relevant at det må komme nasjonale retningslinjer på henvisninger til hjerterehabilitering. Det kan også oppleves urettferdig når noen kan tilby et omfattende hjerterehabiliteringsprogram og andre bare trening. Det er ikke bare for pasienten, men også for sykepleierne som arbeider med dette og ikke kan tilby den beste rehabiliteringen. Det er også veldig relevant å ta med pasientens perspektiv da det er de som går gjennom dette og skal vi som sykepleiere styrke dem må vi forstå hvordan det er for dem og hvilke hindre de møter etter akutt koronarsykdom PCI- behandling.

Litteraturliste

- Bårdsgjerde, E.K, Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M., Hole, T. (2018). Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. *J adv Nurs*, 19(00):1-11 DOI:[10.1111/jan.13931](https://doi.org/10.1111/jan.13931)
- Bjarnarson-Wehrens, B., McGee, H., Zwisler, A-D., Piepoli, M.F., Benzer, W., Schmid, J-P., Dendale, P. (2009) Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 17(00):410-418. DOI: 10.1097/HJR.0b013e328334f42d
- Dalal, H.M, Doherty, P. & Taylor R.S. (2015) Cardiac rehabilitation, *BMJ*. DOI: 10.1136/bmj.h5000.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D-G. & Haugland, T. (2016) Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5utg., s. 229-276). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, T.L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.54-93). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2018). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 28.januar 2019 fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256/§3>
- Govatsmark, R.E.S., Digre, T., Sneeggen, S., Utne, E.B. & Bønaa, K.H. (2018) Årsrapport 2017. Norsk hjerteinfarktregister. Hentet fra https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2_arsrapport_2017_hjerteinfarkt.pdf
- Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E., Hanestad, B.R. (2004) A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001.

- Jenum, A.K. & Pettersen, K.S.(2018), Hva betyr lav ”health literacy” for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning* 9(3):272-280. DOI: [10.4220/sykepleienf.2014.0145](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145)
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug A-E., Grimsbø, G.H., (2016). Hva er sykepleie?. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, S-E. Skaug, G.H Grimsbø(Red.). *Gunnleggende sykepleie 1*(3.utg., s.15-27). Oslo: Gyldendal akademisk
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler.
- Olander, E., Ringsberg, K.C. & Tilgren, P. (2014) Health literacy – et dynamisk begrepp. I K.C. Ringsberg, E. Olander, P. Tilgren(Red.) *Health literacy – Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Olsen, S.J.S., Schirmer, H., Bønna, K.H., Hanssen, T.A. (2017) Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(3): 273-279. DOI:[10.1177/1474515117737766](https://doi.org/10.1177/1474515117737766)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peersen, K., Munkhaugen, J., Gullestad, L., Liodden, T., Moum, T., Dammen, T., Perk, J. & Ottestad, J.E. (2017) The role of cardiac rehabilitation in secondary prevention after coronary events. *European journal of Preventive Cardiology*, 24(13) 1360-1368. DOI: [10.1177/2047487317719355](https://doi.org/10.1177/2047487317719355)
- Roy, C. & Andrews H. (1999). The Roy adaptation model (2.utg.) Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Stubberud, D-G.(2016).Hjertesykdom – en introduksjon. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D-G. & Ellingsen, T.L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422-445). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Sundhedsstyrelsen. (2015) nasjonal klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. Hentet fra <http://www.sst.dk>

Simony, C.P., Dreyer, P., Pedersen, B.D. & Birkelund, R. (2017) It is not just a minor thing-A phenomenological hermeneutic study of patients experience when afflicted by a minor heart attack and participating in cardiac rehabilitation. *Scandinavian journal of caring sciences* 17(31):232-240. DOI:10.1111/scs.12334

Slettebø, Å. (2013) forskningsetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg, s. 209-226). Oslo: Gyldendal akademisk.

Steigen, T (2018, 23. oktober). Pci. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 18. mars 2019 fra <https://sml.snl.no/PCI>.

St. Olav. (U.Å.) Hjerterehabilitering i Norge. Hentet 19.mars 2019 fra <https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/hjerteinfarkt-og-angina-pectoris/hjerterehabilitering-i-norge#lhl-klinikkene-feiring>

St. Olav. (2018) Trenger en nasjonal standard for hjerterehabilitering. Hentet 27.mars 2019 fra <https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/hjerteinfarkt-og-angina-pectoris/-trenger-en-nasjonal-standard-for-hjerterehabilitering#referanse>

Thidemann, I.J. (2017). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo:Universitetsforlaget.

Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M. B. , Norehaug, J. E., Rotevatn, S. & Fridlund, B. (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. doi: 10.1177/1474515117690298

Wyller, V.B. (2011). *Det syke mennesket* (2utg.) Oslo: Akribe AS.

Ørn, S & Brunvand, L. (2017). Hjerte- og kar sykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2.utg., s.164-198). Oslo: Gyldendal akademisk.

