



Høgskulen på Vestlandet

BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

Predefinert informasjon

Startdato:	06-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	21-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BFY330 1 HM 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 348

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11668

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 19

**Andre medlemmer i
gruppen:** 350, 351

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Livsstilsendring som del av hjerterehabilitering

En kvalitativ studie

Change of lifestyle as a part of cardiac rehabilitation

A qualitative study

Kandidatnummer 348, 350 og 351

Bachelorutdanningen i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon/BFY 330

Veileder Helga Kristin Kaale

Innleveringsdato 21.05.2019

Antall ord: 11 668

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.

Forord

Gjennom prosessen med å samle inn data og skrive vår bacheloroppgave har vi lært veldig mye, og vi har funnet stor interesse for temaet vi har valgt. Vi har vært tre studenter om oppgaven og dette har for oss vært svært givende. Samarbeidet har fungert godt og vi har brukt hverandres styrker i arbeidet med oppgaven. Det som har vært mest utfordrende underveis er mengden data vi har fått gjennom å ha fire intervjuer. Vi opplevde at det var krevende å inkludere alt vi mente var betydningsfullt og samtidig holde oss innenfor oppgavens rammer. Vi har fått mange erfaringer vi kommer til å ta med oss videre.

Vi vil rette en stor takk til alle informantene som stilte opp og delte sine erfaringer med oss. Å gjennomføre intervjuene har vært spennende og lærerikt. Til slutt ønsker vi å takke vår veileder Helga Kristin Kaale, som har stilt opp og gitt oss god hjelp gjennom hele perioden.

God lesing!

“En hjertediagnose utelukker ikke at livet kan leves og nytes i fulle drag”

(Mæland, 2006, s. 12).

Sammendrag

Tittel: Livsstilsendring som del av hjerterehabilitering.

Problemstilling: “Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med livsstilsendringer som en del av hjertepasienters rehabiliteringstilbud?”

Metode: For å besvare problemstillingen har vi brukt kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervju. Det er blitt gjennomført fire intervjuer med til sammen fem fysioterapeuter som jobber med hjerterehabilitering. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert.

Resultat: I resultatdelen kommer det frem at fysioterapeutenes hjerterehabiliteringstilbud både har likheter og ulikheter, blant annet når det gjelder lengde og innhold. Trening står som en sentral del av alle tilbudene og de jobber for at pasientene skal integrere trening som en del av hverdagen. Å trygge pasientene i livsstilsendrende tiltak er et mål alle informantene har for rehabiliteringen. Pasientene får undervisning om livsstilsendring og andre relevante temaer, men mengden varierer ved de ulike tilbudene. Informantene antar at hjerterehabiliteringen har god effekt på livsstilsendringer. Disse erfaringene baserer seg hovedsaklig på pasienter de møter i vedlikeholdsgrupper og konkrete pasientmøter i etterkant av rehabiliteringen. Ingen av tilbudene har oppfølgingskontroller etter endt rehabilitering, men informantene skulle ønske det var en del av rehabiliteringen. Informantene opplever sjeldent frafall av pasienter, og de tror dette kommer av at pasientene som takker ja til å delta i utgangspunktet er motiverte nok til å fullføre.

Konklusjon: Variasjon i ressurser gjenspeiler seg i rehabiliteringstilbudenes omfang og fokusområder. Fysioterapeutene virker å ha erfaring med at hjerterehabilitering bidrar til livsstilsendring underveis i rehabiliteringen. De har derimot lite erfaring med den langvarige effekten, da det er gjennomgående mangel på oppfølgingskontroller. På bakgrunn av vedlikeholdsgrupper og konkrete pasientmøter tror likevel informantene at mange klarer å opprettholde en hjertevennlig livsstil i etterkant av hjerterehabilitering. Det foreligger et behov for mer forskning knyttet til langtidseffekt av hjerterehabilitering.

Abstract

Title: Change of lifestyle as a part of cardiac rehabilitation

Research question: “What experience does physiotherapists have with lifestyle changes as a part of cardiac patients’ rehabilitation?”

Method: We have used a qualitative method to answer the research question. The data was collected through semi structured interviews. All together four interviews were conducted with five physiotherapists, all working with cardiac rehabilitation. The interviews were transcribed and analysed.

Results: From the results it can be seen that the physiotherapists’ cardiac rehabilitation programs vary in both length and methods. Exercise is an essential part of all the rehabilitation programs, and their aim is for it to become a part of the patients’ everyday life. A common goal amongst the informants, is to help the patients feel safe in their rehabilitation process. The patients are educated on lifestyle changes and other relevant issues, although the extent varies with the different programs. The informants assume that cardiac rehabilitation has a positive effect on lifestyle changes. These experiences are mainly based on patients they meet in maintenance groups and meetings with patients, after they have finished the rehabilitation program. None of the rehabilitation programs have follow-up meetings with the patients as a part of the program, but the informants say they wish it could be included. The informants rarely experience patients dropping out of the program, this is most likely because the patients who said yes to being in the program are motivated enough to finish it.

Conclusion: The variety of resources result in the scope and different areas of focus of the rehabilitation programs. The physiotherapists have experienced that cardiac rehabilitation can contribute to lifestyle changes in the midst of the rehabilitation program. On the other hand, they have little knowledge of the long-term effects, due to lack of follow-up meetings with patients. As a result of post rehabilitation groups and meetings with patients, the informants believe most patients are able to sustain a healthy lifestyle after their cardiac rehabilitation. There is a pressing need for more scientific and experimental research to be done on the long-term effects of cardiac rehabilitation.

Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.2 Formål med oppgaven	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Oppgaven sin oppbygning	7
2.0 Teori	8
2.1 Helse	8
2.2 Rehabilitering	8
2.3 Livsstil	9
2.3.1 Livsstilsykdommer.....	9
2.4 Iskemisk hjertesykdom	9
2.4.1 Årsak og risikofaktorer	10
2.5 Hjerterehabilitering.....	10
2.5.1 Fysisk aktivitet og trening.....	12
2.5.2 Forskningsbasert effekt av hjerterehabilitering.....	13
2.6 Hjerterehabilitering i Norge.....	13
2.7 Livsstilsendring	14
2.8 Manglende deltagelse og frafall fra hjerterehabilitering	15
2.9 Motivasjon	16
3.0 Metode.....	16
3.1 Valg av metode.....	16
3.2 Teoretisk perspektiv og forforståelse	17
3.3 Valg av informanter.....	17
3.3.1 Presentasjon av informanter.....	18
3.4 Forberedelse til intervjuene	18
3.5 Gjennomføring av intervjuene.....	19
3.6 Bearbeiding av data	20

3.6.2 Analyse	20
3.7 Drøfting av metode	21
3.7.1 Valg av metode	21
3.7.2 Datainnsamlingsprosessen	22
3.7.2.1 Utfordringer underveis i datainnsamlingsprosessen	22
3.7.3 Oppgavens validitet og overførbarhet	23
3.8 Etske betraktninger	23
4.0 Resultater	24
4.1 Rehabiliteringstilbudet	24
4.1.1 Deltagelse	24
4.1.2 Mål	24
4.1.3 Varighet	25
4.1.4 Innhold	25
4.1.5 Tverrfaglig og individuell oppfølging	26
4.2 Livsstilsendringer	26
4.2.1 Fysioterapeutenes tanker og erfaringer	26
4.2.2 Pasientenes innstilling og motivasjonsfaktorer	27
4.2.3 Opprettholdelse av vaner	28
4.2.4. Kontroller og tidligere prosjekter	29
4.2.5 Frafall i rehabiliteringen	29
5.0 Drøfting	30
5.1.4 Undervisningsintervensjoner	32
5.1.5 Tverrfaglig og individuell oppfølging	32
5.2 Livsstilsendringer	33
5.2.3 Opprettholdelse av vaner	33
5.2.4 Motivasjon og motivasjonsfaktorer	35
5.2.5 Frafall	36

6.0 Konklusjon	37
7.0 Referanseliste	39

Tabell

Tabell 1: Presentasjon av informanter, s. 18

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Transkripsjoner

Vedlegg 4: Sammendrag og godkjenning av intervju 3

Vedlegg 5: Analyser

Vedlegg 6: Samlet analyse

1.0 Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I Norge lever 21 prosent av befolkningen med kardiovaskulær sykdom, og 1,1 millioner nordmenn bruker legemidler som behandler eller forebygger sykdom i hjerte og kar.

Dødeligheten av kardiovaskulære sykdommer har gått gradvis ned siden 1970-tallet, likevel øker andelen mennesker som lever med sykdommene (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018).

Årsaken er fremgang i kvalitet på medisinsk og konservativ behandling, noe som gir bedre prognose (Mæland, 2006, s. 21).

Den hyppige forekomsten av kardiovaskulær sykdom i Norge gjør at behovet for hjerterehabilitering er stort. Som fremtidige fysioterapeuter vil vi sannsynligvis møte flere pasienter med en hjertediagnose. Da vi var i praksis i spesialisthelsetjenesten møtte vi pasienter med hjertesykdommer og vi erfarte variasjoner i pasientgruppen. Vi opplevde blant annet at pasientene hadde ulike oppfatninger knyttet til egen sykdom, samt at behovet og motivasjonen for videre rehabilitering varierte. Da pasientene reiste hjem fra sykehuset fikk vi derimot ikke sett hvordan det gikk med de videre. Nysgjerrigheten på dette gjorde oss motiverte til å skrive om livsstilsendring og hjerterehabilitering i vår bacheloroppgave.

1.2 Formål med oppgaven

Hovedmålet med vår oppgave er å undersøke hvilke erfaringer et utvalg fysioterapeuter har med livsstilsendring som en del av hjertepasienters rehabiliteringstilbud. En sentral del av oppgaven blir å se på hvilke faktorer som gir en god forutsetning for at pasientene skal kunne foreta livsstilsendringer. Vi ønsker å tilegne oss kunnskap om rammene rundt rehabiliteringen, hvilke intervensjoner den består av og fysioterapeutenes opplevelser med det som kan være utfordrende i arbeidet med pasientgruppen. Om pasientene evner å gjøre endringer i livsstil underveis i rehabiliteringen og om de klarer å opprettholde disse, er erfaringer vi også ønsker å tilegne oss. For å kunne utforske pasienters evne og mulighet til å foreta livsstilsendring er det essensielt å sette det i kontekst, altså å se det i sammenheng med et individperspektiv og rehabiliteringens omfang. Dette er betydningsfullt ettersom:

“Sosiomaterie, organisatoriske og institusjonelle ordninger regulerer sosialt liv, direkte og indirekte. De gir bestemte muligheter for handling og samhandling, og bidrar til videreføring av bestemte tankemåter” (Thornquist, 2011, s. 45-46). Det kan derfor tenkes at om en ser på livsstilsendringer og rehabiliteringens omfang i sammenheng med hverandre, kan en gjøre mer kontekstuelle og reflekterte tolkninger.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med livsstilsendringer som en del av hjertepasienters rehabiliteringstilbud?”

1.4 Oppgaven sin oppbygning

I kapittel 2 viser vi til relevant teori som er nødvendig for å besvare vår problemstilling. I kapittel 3 presenterer og drøfter vi metoden som brukes i oppgaven. Videre presenteres resultatene vi sitter igjen med etter analyseprosessen. I fjerde kapittel skal vi drøfte teori og resultater. Studiens konklusjon kommer i femte kapittel og har til hensikt å besvare problemstillingen. Til sist følger referanseliste og vedlegg.

2.0 Teori

2.1 Helse

World Health Organization [WHO] har definert helse siden 1946 som “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (2019). Dette er en omdiskutert definisjon og er blant annet blitt omtalt som naiv.

Definisjonen er også kritisert for å medikalisere tilværelsen da alt menneskelig faller under helsebegrepet (Mæland, 2009, s. 42).

Individuelle valg og personlig ansvar er avgjørende for den helsen vi har og den helsen vi erverver (Prescott & Børtveit, 2004, s. 27). For å oppnå helsegevinster anbefaler helsedirektoratet at voksne og eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet ukentlig (Hansen et. al., 2015, s. 15). Fysisk aktive personer har halvparten så stor risiko for å dø av hjerte- og karsykdom som jevnaldrende som er stillesittende (Jansson & Anderssen, 2009, s. 39). WHO (2018) skriver i sine anbefalinger at et sunt kosthold bidrar til å beskytte mot underernæring, men også mot såkalte “ikke-smittsomme” sykdommer som diabetes, hjertesykdom, hjerneslag og kreft. I anbefalingene legges det vekt på helsefordelene med å ha balanse mellom energiinntaket og energiforbruket.

2.2 Rehabilitering

I følge en rapport utgitt av WHO (2011, s. 95) har det lenge manglet et samlende rammeverk for begrepet *rehabilitering*. Begrepet har blitt brukt til å beskrive en rekke responser for funksjonshemming, fra tiltak til å bedre kroppsfunksjonen til mer omfattende tiltak spesielt tilpasset for å fremme inkludering. Den internasjonale klassifiseringen av funksjon, funksjonshemming og helse [ICF] gir derimot et rammeverk som kan brukes til alle aspekter ved rehabilitering (WHO, 2011, s. 95). Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 3) definerer habilitering og rehabilitering som et felles begrep. Definisjonen ble for øvrig oppdatert i 2018;

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients 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 kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger 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, 2011, §3)

I rehabilitering har pasientene, i likhet med alle andre helse- og omsorgstjenester, rett til å medvirke i handling og beslutningstaking (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). Loven sier at tilbudet i størst mulig grad skal utarbeides i samråd med pasienten.

2.3 Livsstil

Livsstil defineres i Store medisinske leksikon (Nylenna, 2019) som “summen av enkeltpersoners levevaner og atferd”. I folkehelse rapporten (FHI, 2018) kastes det lys over atferd og levevaner som viktige faktorer for sykkelighet og dødelighet. I denne oppgaven anvender vi ordet livsstil om menneskers levevaner og atferd som er av betydning for deres sykdom, helsesituasjon og liv.

2.3.1 Livsstilssykdommer

“Livsstilssykdommer er en fellesbetegnelse på sykdommer som har nær sammenheng med livsstil og levevaner” (Nylenna, 2019). Inaktivitet, kosthold og røyking er sentrale risikofaktorer for enkelte typer kreft, diabetes, kols og kardiovaskulær sykdom, og alle defineres som livsstilssykdommer (FHI, 2018, s. 31). Ikke alle mener ordet *livsstilssykdommer* er et beskrivende ord å bruke da sykdom omfatter mye mer enn bare enkeltpersoners livsstil. Sykdom bør forstås i en større sammenheng - både med samfunnsmessige endringer og større rammebetingelser enn kun individets egne valg som er av betydning for helse (Garsjø, 2018, s. 106). Begrepet “ikke-smittsomme sykdommer” begynner å bli brukt mer og mer som erstatning for livsstilssykdommer. Dette er sykdommer som sies å skyldes en kombinasjon av individets livsstil, genetikk og miljø (Nylenna, 2019).

2.4 Iskemisk hjertesykdom

Den vanligste formen for kardiovaskulær sykdom er iskemisk hjertesykdom, altså sykdom forårsaket av mangel på oksygen til et vev (iskemi), og i dette tilfellet til hjertemuskulaturen (Mæland, 2006, s. 19). I vår oppgave benytter vi begrepet iskemisk hjertesykdom.

2.4.1 Årsak og risikofaktorer

Den vanligste årsaken til iskemisk hjertesykdom er ifølge Mæland (2006, s. 34) en gradvis økende forsnævring i koronararteriene som forsyner hjertet med blod. Det medisinske begrepet for dette er *aterosklerose*. Aterosklerose er som oftest en progredierende prosess som gradvis vil blokkere blodgjennomstrømmingen (Sand, Sjaastad & Haug, 2014, s. 441).

Høyt kolesterolnivå i blodet er en av de største risikofaktorene for kardiovaskulære sykdommer. Høyt kolesterolnivå er sammen med røyking også to sikre årsaksfaktorer (Mæland, 2006, s. 35). Akutt økning i stressnivå eller langvarig stress er også faktorer som kan øke sjansen for hjertesykdom (The American Institute of Stress, 2017). Andre risikofaktorer er høyt blodtrykk, overvekt, høyt fettinntak, lite fysisk aktivitet, diabetes og depresjon. Dette er risikofaktorer som det enda mangles sikkert bevis for om alene vil redusere sykdomsrisiko (Mæland, 2006, s. 35). Likevel viser Wallentin & Lindahl (2010, s. 186) til studien "INTER-HEART-studien" som viser at de nevnte risikofaktorene sannsynligvis er synergister, altså at de virker sterkere sammen. En er derfor mer utsatt dersom en har flere av risikofaktorene.

Folkehelse rapporten fra 2018 viser sammenhengen mellom kjønn, alder og årlige registrerte hjerteinfarkt. Sannsynligheten for å få hjerteinfarkt øker med alderen, og statistikk viser at flere menn får hjerteinfarkt. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til forklaringen på hvorfor menn er mer utsatt for hjertesykdom enn kvinner (FHI, 2018). Kjønn og alder er upåvirkelige risikofaktorer, i motsetning til livsstilsfaktorer som røyking og inaktivitet (Mæland, 2006, s. 36). National Institute on Aging (2018) beskriver at fysiologiske aldringsprosesser i hjertet er med på å svekke hjertets funksjon og er dermed mer utsatt for sykdom og andre tilstander. Arvelige faktorer er ifølge Mæland (2006, s. 36) også upåvirkelige og kan i stor grad ha betydning for utvikling av iskemisk hjertesykdom. Utviklingen av en hjertesykdom skyldes ofte en kombinasjon av en genetisk disposisjon og ytre faktorer.

2.5 Hjerterehabilitering

WHO beskriver hjerterehabilitering som "summen av alle aktiviteter som er nødvendig for å redusere risikoen for at pasientene skal rammes av ny hjerte- og karsykdom" (Leegaard, 2018). Hjerterehabiliteringen er et flerfaglig arbeidsfelt som blant annet innebærer medisinsk, psykologisk og pedagogisk kunnskap i tillegg til innsikt i arbeidsfysiologi og treningslære

(Mæland, 2006, s. 11). Olsen, Scirmer, Bønaa & Hanssen (2017, s. 274) viser til internasjonale retningslinjer, som anbefaler at pasienter med hjerte- og karsykdom får tilbud om helhetlig hjerterehabilitering som innebærer endring av livsstil, forebygging og behandling av risikofaktorer, samt psykososial støtte. Danske retningslinjer for hjerterehabilitering (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 9) anbefaler at hjerterehabilitering foregår som et integrerende tilbud med et tilrettelagt og sammenhengende forløp i alle tre fasene av rehabiliteringen. I Norge er det ikke utarbeidet nasjonale retningslinjer for hjerterehabilitering. I følge helsedirektoratet kan personer med kjent hjerte- og karsykdom som oftest følge hovedprinsippene i de generelle anbefalingene for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2017).

Hjerterehabilitering deles inn i fase I, IIa, IIb og III. Fase I er rehabilitering for pasienter på sykehus (Nilsson & Peersen, 2008, s. 8). Rehabiliteringen på sykehuset i fase I vil kunne påvirke pasienten i lang tid. Bildet pasienten danner seg omkring egen helsesituasjon kan være med på å forme forventninger og forestillinger for hva som skal skje videre og i fremtiden. Når pasienten forlater sykehuset øker behovet for rehabilitering og oppfølging (Mæland, 2006, s. 12). Fase IIa er tidlig rehabilitering etter sykehusopphold. Fase IIb bør inneholde noe høyere intensitet enn fase IIa og fase III er vedlikeholdstrening (Nilsson & Peersen, 2008, s. 8).

I tillegg til trening bør også informasjon og undervisning være et obligatorisk tilbud for pasienter i etterkant av hjertesykdom. I første omgang bør sykehusene ta ansvar for dette i den tidlige fasen, slik at overgangen til hjemmesituasjonen blir lettere å håndtere. I neste fase bør rehabiliteringsvirksomheten ta ansvar for formidling av relevant informasjon og undervisning (Mæland, 2006, s. 17). Det er likevel viktig å skille mellom kunnskap om diagnoser i sin alminnelighet og kunnskap om *egen* sykdom, ettersom symptomer og prognose kan variere mye fra pasient til pasient (Mæland, 2006, s. 56).

Ifølge danske retningslinjer er målet med hjerterehabilitering å forbedre funksjonsnivå, redusere aktivitetsrelaterte symptomer, minske grad av invaliditet og tilrettelegge for at pasienten kan vende tilbake til en tilfredsstillende, personlig rolle i samfunnet (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 8). Til syvende og sist er det pasienten som bestemmer målsetning for egen atferdsendring. Det optimale er når målet aksepteres av både pasient og

helsepersonell, da vil sannsynligheten for å nå målet øke. Et godt formulert mål er motiverende og øker troen på egen mestringsevne (Prescott & Børtveit, 2004, s. 76).

2.5.1 Fysisk aktivitet og trening

Etter alder er arbeidskapasitet den største indikatoren på risiko for dødsfall ved kardiovaskulær sykdom. Derfor har det i mange tiår vært tradisjonelt å anbefale trening for pasienter med iskemisk hjertesykdom (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 14). En studie av Nicole et al. referert i helsedirektoratets retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdom (2018, s. 29) belyser at effektene av fysisk aktivitet inkluderer positive endringer av flere metabolske faktorer som gir lavere risiko for kardiovaskulære sykdommer. Fysisk aktivitet påvirker dessuten hjertets struktur og funksjon, samt elastisiteten i blodårene (Helsedirektoratet, 2018, s. 29).

Danske retningslinjer for hjerterehabilitering inneholder anbefalinger for trening knyttet til hjertesykdom. Først og fremst anbefales det at ACB-opererte ikke starter treningen før fire til seks uker etter operasjon, og PCI-opererte bør vente én uke før oppstart av trening. Treningsopplegget anbefales å være individuelt tilrettelagt etter vurdering av arbeidskapasiteten. Det anbefales derfor å teste arbeidskapasiteten ved å bruke en symptombegrenset arbeidstest, eksempelvis med ergospiometri (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 19). Ved ergospiometri undersøkes hjerte- og lungefunksjonen under belastning (LHL-klinikken Bergen).

Pasientene bør få individuelt tilrettelagt trening som baseres på anbefalingene fra danske retningslinjer for trening ved hjertesykdom. Det anbefales at de trener to til tre ganger i uken i 12 uker og varigheten på øktene bør være fra 30 til 60 minutter. Videre beskrives det at kondisjonstreningen bør tilpasses etter klinisk tilstand og dagsform. Ved intervalltrening anbefales det at intensiteten tilpasses varigheten på intervallene. Styrketrening bør involvere store muskelgrupper og gjennomføres to til tre ganger i uken. Anbefalingene legger også vekt på betydningen av egentrening underveis i rehabiliteringen med minst 30 minutter aktivitet med moderat intensitet daglig. Det påpekes at dette vil kunne påvirke en videre selvstendighet for trening etter endt rehabilitering. (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 19).

2.5.2 Forskningsbasert effekt av hjerterehabilitering

Anderson & Taylor samlet i 2014 seks systematiske oversikter som til sammen inkluderte 148 RCT-studier. Resultatene fra de systematiske oversiktene hadde til felles at trening og undervisning viste ingen effekt på dødelighet, men viste derimot effekt på helserelatert livskvalitet [HRLK]. Pasientene som hadde treningsbasert hjerterehabilitering hadde tilsammen færre sykehusinnleggelser. Det var ingen signifikant forskjell på HRLK blant de som var i organisert hjerterehabilitering og de som hadde hjemme- eller senterbasert rehabilitering. Forfatterne konkluderer med at treningsbasert hjerterehabilitering er en trygg og effektiv metode hos pasienter etter hjerteinfarkt, PCI-behandling og hjertesvikt.

Hegewald et al. (2019) undersøkte effekten av tiltak i hjerterehabilitering som bidrar til at pasientene returnerer til arbeid. Forfatterne fant ingen betydelig effekt av separate tiltak som psykologisk- og arbeidsrettet rådgivning og kondisjonstrening. Hjerterehabilitering med kombinerte tiltak viste derimot en økning i antall pasienter som returnerte til arbeid ved en 6-måneders kontroll. Resultatene viste også at kombinerte tiltak sannsynligvis vil forkorte tiden som trengs for pasientene å komme tilbake til arbeid. Likevel var det lite bevis for at tiltakene vil ha effekt i et lengre perspektiv.

2.6 Hjerterehabilitering i Norge

Ifølge en studie fra 2017 deltar 28 prosent av norske pasienter på hjerterehabilitering etter utblokking for hjerteinfarkt eller angina. Studien viser at en typisk norsk deltager er overvektig, ung, har god utdanning og har hatt en akutt koronar hendelse (Olsen et al., 2017, s. 278). Abreu et al. (2019, s. 5) har i en studie sett på tilgjengeligheten og leveransen av rehabiliteringstilbudet til hjertepasienter over hele Europa og i Norge ble det identifisert totalt 35 tilbud. Forskerne i studien har beregnet at det mangler 2072 hjerterehabiliteringsplasser i Norge dersom alle pasienter med hjertesykdom skal få tilbud når de har behov for det.

Ullevålsmodellen er en hjerterehabiliteringsmodell som er utviklet og brukes i Norge. Den bygger på gruppetilhørighet, positivt lederskap, motiverende musikk og intensiv, variert og lystbetont trening. Treningsgruppene er fordelt med hensyn til alder og kondisjonsnivå. Treningsøktene varer i 50 minutter og består av kondisjon, balanse, styrketrening med egen kroppsvekt og bevegelsestrening. Etter endt treningsøkt får deltakerne 15 minutter rådgivning i gruppe. St. Olavs hospital refererer til en studie gjennomført av Nilsson, Lunde & Holm i 2011-2014 der det ble undersøkt effekten av Ullevålsmodellen som intervensjon

hos pasienter med behov for hjerterehabilitering. Oppsummert viste resultatene fra studien at “både kondisjonen og livskvaliteten bedret seg etter hjerterehabilitering med gruppetrening til musikk og viktigere: Ett år etter endt rehabilitering trente pasientene fortsatt og kondisjonen var enda bedre” (St. Olavs hospital, 2018). Det var få frafall, og etter 12 uker var både kondisjonen og den helserelaterte livskvaliteten bedret. (St. Olavs hospital, 2018)

2.7 Livsstilsendring

Gjennom usunn livsstil over mange år kan vi øke sannsynligheten for sykdom. ”Velger” man å røyke, spise for mye, leve et stillesittende liv og drikke mye alkohol, påvirker det risikoen for å få kronisk ikke-smittsomme sykdommer. I slike tilfeller er det snakk om atferd og vaner som følger oss i mange år, og som man “velger” om og om igjen. (Prescott & Børtveit, 2004, s. 27)

Livsstilsendringer er endringer i levevaner og atferd. Ved endring av livsstil for å forebygge og behandle livsstilssykdommer vil følgende være av stor betydning; røykestopp, endre kostholdsvaner, redusere alkoholforbruk og øke aktivitetsnivået (Prescott & Børtveit, 2004, s. 18). I arbeid med pasienter der atferdsendring er et mål, er det spesielt viktig å ha forståelse for at en må prøve seg frem og ha tålmodighet. Mange pasienter har en positiv innstilling til den gode samtalen med helsearbeidere. Samtalen kan være hovedarenaen for å påvirke til adferdsendring. Som helsearbeider bør en være oppmerksom at enkelte temaer kan være ømfintlige og oppleves personlige (Prescott & Børtveit, 2004, s. 28-30).

Atferdsendring krever ofte en viss innsats over en lengre periode. Derfor vil det være meningsfullt og fornuftig at terapeut og pasient har kontakt over tid. Varigheten på behandlingsforløpet vil kunne påvirke mengden kontakt mellom pasient og terapeut. Ved lengre intervensjoner blir det ofte lagt vekt på samarbeid gjennom å prøve seg frem og justere tiltak etter behov og måloppnåelse. Korte behandlingsforløp har ofte som mål å bevisstgjøre og motivere pasienten til å gjøre en endring. Korte intervensjoner betraktes som en svak form for påvirkning, men kan likevel ha effekt på pasienter med færre og mindre omfattende problemstillinger. Den samlede effekten vil være betydelig dersom det består av tverrfaglig samarbeid som tar for seg flere av pasientens kontekster. Uavhengig av varighet er det viktig at pasienten tar ansvar for egen fremgang og viser egeninnsats. (Prescott & Børtveit, 2004, s. 90-96)

En studie gjennomført av Steca et al. (2017) undersøkte livsstilsprofiler hos akutt koronarsyke pasienter. Resultatene viste at pasientenes kostholdsvaner, fysiske aktivitet og røykevaner var tydelig forbedret seks måneder etter koronarsykdom, men det var ingen videre forbedring etter dette. De fant også ut at pasienter som i utgangspunktet hadde flere usunne atferdsvaner, hadde større utfordring med å bevare sunne vaner over tid (Steca et al., 2017, s. 1). Ved siste utfallsmåling var 60 prosent av de 223 pasientene i studien minst like fysisk aktive som gjennomsnittet i den øvrige befolkningen og 50 prosent spiste “riktig” i forhold til anbefalinger for kosthold (Steca et al., 2017, s. 12).

2.7.1 Kosthold og røykeslutt

Flere studier viser en sammenheng mellom hjertevennlig kost og redusert risiko for iskemisk hjertesykdom. Det er enda ikke funnet en god løsning på hvordan en kan bidra til at pasienter endrer og opprettholder et hjertevennlig kosthold i etterkant av koronarsykdom. Skotske retningslinjer anbefaler i både primær og sekundær forebygging av kardiovaskulær sykdom at pasientene begrenser inntak av mettet fett og kolesterol. Det anbefales også at de spiser mer grønnsaker og frukt og reduserer inntak av rødt kjøtt. (Healthcare Improvement Scotland, 2017, s. 12)

I følge nasjonale retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2018, s. 32) er røykeslutt et av de viktigste helsebringende tiltak for personer med påvist hjerte- og karsykdom. I 2018 røykte 12 prosent av den norske befolkningen daglig (Statistisk sentralbyrå, 2019). Flere undersøkelser viser at risikoen for dødelighet reduseres dersom man slutter å røyke etter et infarkt. Effekten av røykeslutt viser seg etter få måneder og blir tydeligere med tiden (Mæland, 2006, s. 120).

2.8 Manglende deltagelse og frafall fra hjerterehabilitering

I følge Mæland (2006, s. 107) er frafall fra rehabiliteringen et stort problem, spesielt der treningsopplegget varer lenger enn tre måneder. Det kan ha alt fra økonomiske årsaker til mangel på motivasjon. En systematisk oversikt fra 2016 (Ruano-Raviana et al., s. 436) undersøkte hvilke faktorer som kan påvirke deltagelse og overholdelse av hjerterehabiliteringsprogrammer. Totalt sett var det lavere deltagelse og overholdelse hos eldre pasienter, kvinner, pasienter med komorbiditeter, pasienter uten partner, arbeidsledige og pasienter med lavere sosioøkonomisk status. Det var også en sammenheng mellom

manglende deltagelse eller frafall fra rehabilitering og de pasientene som enten bodde langt unna rehabiliteringen, ikke hadde transport eller ikke hadde førerkort.

2.9 Motivasjon

Å lære om motivasjon kan være nyttig for å forstå hvorfor mennesker har ulik grad av motivasjon, hva som motiverer dem og hvordan det påvirker innsats (Reeve, 2009, s. 2). Begrepet har sammenheng med kreftene som forårsaker aktivitet hos et individ eller en gruppe og det som holder aktiviteten ved like. Enkelte vektlegger at aktiviteter bør være meningsfylte. (Lillemyr, 2007, s. 15). Enkelte individer er engasjerte, andre har en mer passiv holdning (Reeve, 2009, s. 11).

En skiller gjerne mellom ytre og indre motivasjon (Reeve, 2009, s. 111). Ytre motivasjon kommer av miljøbelønning og konsekvenser. Det er motivasjon skapt av miljøet for å initiere eller vedvare handling i en aktivitet. Motivasjonen er da påvirket av insentiver, konsekvenser og belønning (Reeve, 2009, s. 138). Indre motivasjon er drivkrefter som kommer innenfra. Når individet er indre motivert handler det ut ifra interesse og følelse av utfordring fra en aktivitet. Grad av indre motivasjon er bestemmende for utholdenheten til å utføre ulike oppgaver (Reeve, 2009, s. 112). Å nå personlige mål har positiv innvirkning på subjektiv vitalitet, selvtillit, mellommenneskelige forhold og kan redusere forekomst av angst, depresjon og usunn livsstil (Reeve, 2009, s. 114).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

I vår oppgave ønsker vi å se på fysioterapeuters erfaringer med livsstilsendring og hjerterehabilitering. I følge Malterud belyser kvalitativ metode problemstillinger der menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger skal utforskes (2017, s. 30). På bakgrunn av dette har vi bestemt oss for å bruke kvalitativ metode for å besvare vår problemstilling. Vi har valgt å bruke kvalitativ metode med semistrukturert intervju, som er intervjuer med individuelle deltakere. Denne metoden brukes når en ønsker å gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer (Malterud, 2017, s. 133).

3.2 Teoretisk perspektiv og forforståelse

Både våre egne erfaringer gjennom fysioterapiutdanningen og livet generelt gjør at vi har en forforståelse som oppgaven vil kunne bære preg av. “Verken i dagliglivet, i kliniske sammenhenger eller i forskning kan et menneske stille seg på et nullpunkt og være forutsetningsløst” (Thornquist, 2018, s. 76). I postempirisk filosofi avvises ideen om at observasjoner kan være foruten forutsetninger og data kan være uavhengig av teori. Det er viktig å være klar over at det vi presenterer av teori og resultater i vår oppgave er påvirket av både subjektive og objektive fenomener og er med å utforme våre perspektiver, språk og vurderinger (Thornquist, 2018, s. 229-230).

“Våre tenke- og handlemåter preges blant annet av kunnskap og erfaring” (Brottveit, 2018, s. 16). For å sikre kvaliteten i det arbeidet vi gjør bør vi jobbe kunnskapsbasert. Dette innebærer at vi bruker både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap samt brukerens kunnskap og medvirkning (Helsebiblioteket, u.å.). I metoden vi har valgt, står begrepet *erfaring* sterkt. Klinisk erfaring kan gjøre fagutøveren flinkere til å se løsninger og kan være i bedre stand til å se og forstå viktigheten av pasientens kontekst og sosiale forhold, som familie og arbeidssituasjon, for å tilrettelegge god behandling og rådgivning (Jamtvedt et al., 2015, s. 26).

I et vitenskapsteoretisk syn sees viktigheten av erfaring spesielt innenfor fenomenologi. “I fenomenologien er det sentrale hvordan verden erfares av mennesker” (Brottveit, 2018, s. 46). Det er altså det subjektive som er kilden til kunnskap. Brottveit hevder at mennesker er fortellere, narrativer, i den verden vi lever i. I et fenomenologisk syn er det gjennom utveksling av erfaringer og opplevelser at vi kan skape meninger og sammenhenger. I metoden vi har valgt vil det fenomenologiske synet stå sterkest, og vi er mest opptatt av at informantene skal dele sine forståelser og opplevelser så fritt og detaljert som mulig. (Brottveit, 2018, s. 52)

3.3 Valg av informanter

Da vi skulle finne informanter til oppgaven så vi etter fysioterapeuter med erfaring fra og som jobbet med hjerterehabilitering. Vi fant først syv informanter som kunne være aktuelle. Vi gjorde deretter et strategisk utvalg med mål om å sitte igjen med fire informanter som best kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2015, s. 58). Deretter tok vi kontakt med de fire

valgte fysioterapeutene via e-post og telefonsamtale, og alle stilte seg positive til å delta i prosjektet. Den ene fysioterapeuten vi kontaktet ønsket å stille sammen med sin medkollega, og vi har valgt å kalle informantene F3 a og b. F1 og F2 møtte vi personlig, F3 a og b intervjuet vi over telefon, og F4 over facetime.

3.3.1 Presentasjon av informanter

Tabell 1: presentasjon av informanter

Arbeidssted		Ferdigutdannet	Videreutdanning	Erfaringer med hjerte-rehabilitering
Sykehus		1997	Master i hjerte- og lungefysioterapi.	Jobbet med hjerte og hjerterehabilitering siden hun var ferdigutdannet.
Klinikk 1		1998	---	10 år med hjertepasienter på sykehus og 10 år med hjerte-rehabilitering.
Klinikk 2	F3 a	1982	Videreutdanning innen hjerte- og lungefysioterapi.	Jobbet med hjertepasienter siden 1988.
	F3 b	1984	Videreutdanning innen hjerte- og lungefysioterapi.	Jobbet med hjertepasienter siden 1991.
Klinikk 3		1991	Videreutdanning i folkehelse. Spesialist i rehabilitering med fordypning i hjerte- og lungefysioterapi.	Jobbet med hjertepasienter i 7 år.

3.4 Forberedelse til intervjuene

For å få et godt utgangspunkt for gjennomføring av intervjuene forberedte vi oss med å lese oss opp på aktuelle temaer. Et godt teoretisk forarbeid og kunnskap om aktuelle temaer vil minske sannsynligheten for å få magre og tilfeldige data (Malterud, 2010, s. 67). På forhånd

av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide som besto av fire ulike hovedtemaer med relevante underspørsmål (vedlegg 1). En intervjuguide skal være behjelpelig og minne oss på temaer vi ønsker data om (Malterud, 2017, s. 133). Vi fokuserte på å lage både åpne og konkrete spørsmål slik at informantene fikk prate fritt, men likevel holdt seg innenfor temaer knyttet til problemstillingen. Vi konstruerte også spørsmål der hensikten var å få frem konkrete eksempler hos informantene. Konkrete eksempler gir ofte et mer robust materiale enn generelle forklaringer (Malterud, 2017, s. 70). Før intervjuene planla vi sted og tidspunkt og informantene signerte samtykkeerklæring for deltakelse (vedlegg 2). For å forberede oss til intervjuene gikk vi igjennom intervjuguiden og testet det tekniske utstyret. Før gjennomføring ble vi enige om å rullere på hvem som skulle intervjuer og hvem som skulle observere.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Vi gjennomførte de to første intervjuene på arbeidsplassen til de aktuelle informantene. De to siste intervjuene ble gjennomført over telefon og facetime da informantene bodde i ulike deler av landet. I forkant av intervjuene ble informantene presentert for problemstillingen og hovedtemaene for oppgaven. Intervjuene ble tatt opp med taleopptak på telefon for å gjøre det enklere for den som intervjuet å konsentrere seg om det som ble sagt. Første intervju varte henholdsvis i 44 minutter, andre i 42 minutter, tredje i 47 minutter og fjerde i 53 minutter. Hvert intervju ble avsluttet med at informantene fikk mulighet å snakke om noe de selv ønsket å ta opp eller avklare. Studentene som lyttet kunne komme med eventuelle oppklaring- og oppfølgingsspørsmål til slutt.

Vi brukte samme intervjuguide i alle intervjuene med unntak av enkelte endringer i spørsmålsformuleringer. Noen nye spørsmål ble også lagt til (vedlegg 1). I følge Malterud bør intervjuguiden revideres underveis i datainnsamlingen etter hvert som forskeren lærer mer om hvor fokuset bør være (2017, s. 134). Generelt gikk datainnsamlingsprosessen uproblematisk for seg. Vi støtte derimot på en utfordring ved gjennomføring av intervju 3. Bilde og lyd fungerte svært dårlig da vi skulle sette i gang, ettersom internettforbindelsen var dårlig. Vi måtte straks avgjøre å ta intervjuet over telefon.

3.6 Bearbeiding av data

3.6.1 Transkripsjon

“Transkripsjon skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, slik deltakernes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen” (Malterud, 2017, s. 77). En bør være oppmerksom på at det en skriver ned ikke er en gyldig gjengivelse av det som faktisk ble sagt under de reelle omgivelsene (Malterud, 2017, s. 78). I vår oppgave har vi selv omformet lydopptakene til tekst ved å skrive ordrett det som ble sagt (vedlegg 3). Ved å selv høre på intervjuet får en også en grundig gjennomgang og blir godt kjent med materialet (Malterud, 2017, s. 80). For å bevare anonymitet valgte vi å transkribere intervjuene på bokmål uavhengig av dialekt på studenter og informanter.

Vi støtte på et problem etter tredje intervju, noe som gjør at vi ikke har transkripsjon av dette intervjuet. Årsaken er at det ikke ble produsert en fungerende lydfil underveis. Dette løste vi ved å umiddelbart skrive et sammendrag av det vi husket fra intervjuet, og sendte det til informantene for bekreftelse og eventuelle kommentarer (vedlegg 4). I sammendraget har vi kalt informantene F3, og i transkripsjonene har vi kalt informantene F1, F2, og F4 og studentene S1, S2 og S3.

3.6.2 Analyse

Kvalitativ metode består ofte av store mengder rådata. Disse rådataene skal analyseres og filtreres slik at materialet med potensiell kunnskapskraft står igjen. Poenget med analysen er blant annet å vise oss mangfold, fellestrekk eller ulikheter og innsikt i sammenhenger (Malterud, 2017, s. 84-85). I vår oppgave har vi valgt å benytte oss av systematisk tekstkondensering [STC] for å analysere dataen.

Første del av analysen når en bruker STC er å danne et helhetsinntrykk av innsamlet data (Malterud, 2017, s. 98). For å danne oss et overblikk leste vi gjennom transkripsjonene, i tillegg til å markere interessante utsagn vi opplevde som viktige for problemstillingen. Med utgangspunkt i markeringene fant vi relevante meningsbærende enheter, som vi tok med oss videre i analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 100-101). I neste trinn delte vi de meningsbærende enhetene inn i fire kodegrupper og valgte å bruke en tabell for å systematisere og skape oversikt (vedlegg 5). Det neste steget i analysen var å abstrahere, altså

å trekke frem hovedbudskapet i de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Til slutt skulle hovedbudskapet tolkes og settes i sammenheng (Malterud, 2017, s. 108).

Rådataen fra vårt tredje intervju er som sagt et sammendrag av det vi husket fra intervjuet. Dermed hadde vi ingen meningsbærende enheter og direkte sitater som kunne tas med i analysen. Sammendraget fra intervju 3 er våre egne ord i likhet med sammendrag av meningsbærende enheter. Den videre analysen foregikk på lik måte som beskrevet over.

For å kunne sammenligne analysene av de fire intervjuene sammenfattet vi beskrivelser og utsagn i en felles tabell (vedlegg 6). Her trakk vi frem det mest relevante fra hvert intervju som belyste samme tema. Vi sorterte det i fire kodegrupper med sub-temaer til hver gruppe. Da vi videre skulle utarbeide resultatdelen i oppgaven satt vi sammen en tekst med sentrale deler av det analyserte materialet under to hovedtemaer; rehabiliteringstilbudet og livsstilsendringer. Målet var å trekke frem viktige poeng og beskrivelser knyttet til problemstillingen vår. Vi ville også understreke viktige poeng ved å trekke frem direkte sitater fra informantene (Malterud, 2017, s.119-120).

3.7 Drøfting av metode

3.7.1 Valg av metode

I denne oppgaven har vi valgt å bruke kvalitativ metode, da denne kan brukes for å utforske menneskers erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). Erfaringer står sterkt i et fenomenologisk perspektiv, men det er viktig å bemerke seg at dette ikke er den eneste måten å tilnærme seg en problemstilling på. For vår oppgave tror vi imidlertid at et fenomenologisk perspektiv er fordelaktig for det vi ønsker svar på.

Vi var inne på tanken om å bruke spørreskjema eller fokusgruppeintervju. Spørreskjema tenkte vi kunne begrense mulighetene for å komme med konkrete eksempler på erfaringer og dermed gi oss for snevre svar. Fokusgruppeintervju ble utelukket da det kan tenkes at deltakerne påvirkes av hverandre underveis, og det kan begrense hver enkelt informants deltagelse i intervjuet. Valget vårt falt til slutt på metoden semistrukturerte intervju. Fordeler med denne metoden er at informantene har mulighet til å gi oss svar med dybde, og at de får tid og rom til å hente frem erfaringer (Malterud, 2014, s. 133). Vi var på forhånd klar over at vår forforståelse vil påvirke intervjuguidens innhold og deretter rådataene og resultatene i oppgaven. Dette fordi vi ikke kan være forutsetningsløse og legge våre erfaringer til side

(Thornquist, 2018, s. 76).

Vi brukte en semistrukturert intervjuguide, noe som ga oss muligheten til å gjøre endringer underveis (Malterud, 2014, s. 134). Det ble blant annet tilføyet nye spørsmål og gjort enkelte endringer i spørsmålsformulering. På den måten hentet vi frem gode ressurser hos hver enkelt informant. Det er viktig å påpeke at revideringene av intervjuguiden ga informant 4 et annerledes utgangspunkt sammenlignet med informant 1, noe som kan ha påvirket utfallet. Intervju 3 ble gjennomført med to fysioterapeuter. Dette kan tenkes å ha både styrker og svakheter for gjennomføringen og resultatet av intervjuet. Vi opplevde at fysioterapeutene (informant 3 a og b) utfylte hverandre og var samstemte i uttalelsene sine.

3.7.2 Datainnsamlingsprosessen

Intervjuene ble gjennomført både over telefon, facetime, og ved personlig møte på arbeidsplassen. Det kan tenkes at når en blir intervjuet i et kjent miljø, kan det skape trygge rammer for å beskrive hendelser, erfaringer og opplevelser som er mer personlig. Ved personlig møte er det lettere å registrere nonverbal kommunikasjon. I etterkant av intervjuene har vi vurdert betydningen av den nonverbale kommunikasjonen vi registrerte. Vi kom frem til at det ikke ville ha stor betydning for det verbale budskapet og har derfor valgt å ikke legge vekt på dette i analyseprosessen.

Vi fikk ikke gjennomført et personlig møte med informant 3 a og b eller 4, og derfor ble intervjuet gjort over facetime. Intervju 3 ble allikevel gjennomført over telefonsamtale da internettilkobling begrenset kvaliteten på lyd og bilde. Vi intervjuet fysioterapeuter fra ulike deler av landet. En ulempe med dette var at vi ikke fikk møtt informantene personlig. På den andre siden kan det tenkes at ulik geografisk tilhørighet gir oppgaven større bredde og overføringsverdi.

3.7.2.1 Utfordringer underveis i datainnsamlingsprosessen

Vi hadde få utfordringer underveis i datainnsamlingsprosessen, men som nevnt tidligere fungerte ikke lydfilen fra intervju 3. Konsekvensen av dette er at sammendraget vi skrev ikke er en direkte gjengivelse av det som ble sagt, men våre egne ord og tolkninger. Vi kan ha mistet viktig informasjon og vi mangler direkte sitater. På den andre siden var det en styrke å være tre personer som kunne huske hva som ble sagt i intervjuet. Da vi fikk bekreftelse og

kommentarer på sammendraget av informantene, åpnet muligheten seg for at vi kunne behandle dataene likeverdig med data fra de andre intervjuene. Denne hendelsen ble en lærdom i prosessen med datainnsamling. Ved neste intervju tok vi opptak med flere telefoner og dobbeltsjekket både før og underveis at det ble produsert en fungerende lydfil.

3.7.3 Oppgavens validitet og overførbarhet

Vi ønsket naturligvis å gjøre vår oppgave og metoden vi brukte så valid og reliabel som mulig. “Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser?” (Malterud, 2017, s. 192). Når en skal vurdere validitet er en nødt til å sette spørsmålstegn til relevansen i oppgaven i forhold til problemstillingen (Malterud, 2017, s. 192). Vi har gjennom hele prosessen vært kritiske og stilt spørsmål, både til arbeidet under forberedelsene, gjennomføringen og etterarbeidet. Vi har vært opptatt av oppgavens validitet ved å stadig forsikre oss om at våre resultater belyser problemstillingen. Dette gjorde vi blant annet ved å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Samt forsikret at resultatene ble bygget på konkrete sitater og uttalelser fra informantene.

Det kan være vanskelig å være objektiv og meningsnøytral i møte og dialog med mennesker. For å forsøke å unngå dette avtalte vi på forhånd at vi kunne komme med kommentarer som viste at vi hadde deres oppmerksom underveis, men som ikke skulle være bekreftende og oppmuntrende. Med et begrenset antall informanter og få konkrete resultater vil overføringsverdien for denne oppgaven alene være liten. Ved å skrive oppgaven har vi selv lært mer om pasientgruppen og vi opplever at vi vil stå med mer kunnskap om vi i fremtiden møter hjertepasienter i rehabilitering.

3.8 Etiske betraktninger

Oppgaven vår tar utgangspunkt i fysioterapeuters personlige opplevelser og erfaringer, og det var viktig for oss at informantene på forhånd var fullstendig informerte og visste hva de tok del i. Vi sendte ut et samtykkeskjema med informasjon om prosjektet, aktuelle tema, formål, anonymitet og om frivillig deltagelse (vedlegg 2). Av etiske årsaker ville vi anonymisere informantene i størst mulig grad og vi har derfor tatt bort opplysninger som kan være identifiserende. Opptakene av intervjuene vil bli slettet etter innlevering av oppgaven.

4.0 Resultater

I dette kapitlet skal vi presentere de viktigste funnene fra analyseprosessen. I analysen har vi brukt flere hovedtemaer for å strukturere dataen vår slik at det er lett å se og finne igjen spesifikke data. I denne delen av oppgaven kommer vi derimot til å dele resultatene inn i to hovedtemaer for å knytte det tett opp mot problemstillingen for oppgaven. Vi har derfor delt resultater inn i “rehabiliteringstilbudet” og “livsstilsendring” med tilhørende subtemaer. Av hensyn til anonymitet av kjønn har vi valgt å bruke “hun” som benevnelse for alle de fem informantene. Vi har også valgt å bruke benevnelsen “informant 3” når vi henviser til informant 3 a og b, da vi ikke kan skille hvem som har sagt hva. Dette gjelder både for resultater, drøfting og konklusjon.

4.1 Rehabiliteringstilbudet

4.1.1 Deltagelse

Informantene forteller at pasientene som får hjerterehabilitering hos dem er voksne med hjerteproblematikk. De fleste pasientene som deltar har iskemisk hjertesykdom. Informantene forteller at pasientenes deltagelse og aktivitet etter en hjertehendelse varierer med hensyn til alvorlighetsgrad og gjennomgått behandling.

Alle informantene nevner at de har ventelister for å delta på rehabiliteringen. På grunn av dette risikerer pasientene å måtte vente lenger enn nødvendig med å delta. Informant 1, 2 og 4 har ventelister opptil et halvt år. “Så da hvis det er en sånn ung som har hatt hjerteinfarkt og gjerne skulle kommet her om noen uker, må vente helt til september da, det er jo veldig uheldig” (Informant 4). Informant 3 har derimot kun venteliste i påvente av arbeidsbelastningstest som innebærer to til tre ukers ventetid. Informant 1 nevner at gjør prioriteringer til fordel for de som er yngst og har et mer sammensatt behov for rehabilitering. Informant 2 har lange ventelister for de som kommer langveis fra og som ønsker å bo på institusjonen, men kort ventetid (to uker) på de som kan bo hjemme og komme på dagtid. Venteliste er en stor utfordring, mener flere av informantene.

4.1.2 Mål

Og det er jo den skrekken som sitter i folk, at de er redde for å gjøre så mye at de dør. Og når når jeg grensen? Og hva vil jeg kjenne før jeg når den grensen? Vil jeg kjenne noe i det hele tatt, eller bare er det sånn at plutselig så er jeg død fordi jeg har gjort for mye? (Informant 2)

Utelukkende mener alle informantene at et av deres største mål under rehabiliteringen er å trygge pasientene, særlig i forbindelse med aktivitet og trening. Informant 2 mener en av de hyppigste utfordringer er redsel, og pasientene synes ofte det er vanskelig å vite hvor hardt det er greit å presse seg. Hun forteller videre at noen pasienter kan ha fått beskjed på sykehuset om å ikke presse seg for hardt. Det helsepersonell sier, kan ifølge informanten ha stor påvirkning på pasienten, hvilke grenser som sitter i dem og hva de er redde for.

Informant 1, 2 og 4 mener pasientens egne mål er en viktig del av rehabiliteringen. Informant 4 forteller at pasientene ofte har et mål om å komme i bedre form, bli trygge ved anstrengelse og etablere gode treningsvaner. Noen har som mål å gå ned i vekt, andre vil komme 100 prosent tilbake i jobb. Ifølge informant 3 er det variabelt hvilke mål pasientene har; noen ønsker å ikke dø av sin hjertesykdom, mens andre vil gå ned i vekt, slutte å røyke og generelt føle seg tryggere og mindre redd. Informant 2 forteller at deres viktigste mål med rehabiliteringen er å tilfredsstille pasientenes mål.

4.1.3 Varighet

Informant 2 forteller at rehabiliteringstilbudet deres stort sett går over tre uker, men at det kan lages spesielle avtaler om forlenging dersom det trengs. Omtrent halvparten av pasientene som deltar på hjerterehabiliteringsprogrammet bor på klinikken. Informant 1 og 3 forteller også at deres rehabiliteringstilbud kan tilpasses ved behov. Tilbudet hos informant 3 har ingen fastsatt tid; enkelte er der et par uker, mens andre går i vedlikeholdsgrupper i flere år etterpå. Rehabiliteringstilbudet hos informant 1 og 4 går i utgangspunktet over 12 uker, men enkelte er der i en kortere periode.

4.1.4 Innhold

Alle informantene forteller at pasientene gjør en belastningstest før oppstart av hjerterehabiliteringen. Informant 3 sier at testresultatene er veiledende for hvilken treningsgruppe de deltar i. Felles for informant 1, 2 og 4 er at de bruker samme test før oppstart og ved endt rehabilitering for å sammenligne resultatene.

Likt for alle rehabiliteringsstedene er at pasientene får undervisning om ulike temaer. Det er ulikt hvor ofte og hva de får undervisning om. Informant 4 forteller at de har to undervisningstimer i løpet av rehabiliteringsperioden, én med psykolog og én med

ernæringsfysiolog. Informant 3 sier de har felles undervisning om ett bestemt tema én gang i uken, mens informant 1 og 2 har undervisning flere ganger i uken. Temaene som går igjen er sykdomslære, stressmestring, medikamenter, treningslære, livsstilsendring, kosthold, sex og samliv og motivasjon.

Informant 1 og 4 forteller at pasientene trener etter Ullevålsmodellen to ganger i uken, og har intervalltrening én gang i uken. Informant 4 sier pasientene får et egentreningsprogram som de skal gjøre utenom rehabiliteringen. Informant 2 forteller at hovedfokuset er å ha *mye* trening, gjerne opp til to ganger daglig. Informant 3 fokuserer mest på utholdenhetstrening, men har også styrketrening.

4.1.5 Tverrfaglig og individuell oppfølging

Informantene beskriver den tverrfaglige oppfølgingen i rehabiliteringstilbudet. Informant 3 har et tilbud som innebærer kun fysioterapeuter, men henviser pasientene til andre yrkesgrupper ved behov. De andre informantene jobber tverrfaglig i hjerterehabiliteringen. Informant 1 har en tverrfaglig gruppe bestående av fysioterapeuter, lege, sykepleier og ernæringsfysiolog. Informant 2 jobber med idrettspedagog, fysioterapeuter, sykepleiere, leger, sosionom, jurist og kokk. Informant 4 samarbeider tverrfaglig med kardiolog, sykepleier, psykolog og ernæringsfysiolog.

Alle pasienter får individuelle samtaler ved de ulike tilbudene. Flere av informantene synes det er vanskelig å tilrettelegge individuelt når de jobber med en stor gruppe pasienter. Informant 4 nevner blant annet at individuelle restriksjoner kan være vanskelig å følge opp ettersom man ikke alltid kan ha oversikt over alle. Informant 4 synes også det er utfordrende når andre nasjonaliteter deltar på rehabiliteringen, da det er vanskelig å tilrettelegge for at de skal forstå alt som blir sagt.

4.2 Livsstilsendringer

4.2.1 Fysioterapeutenes tanker og erfaringer

Vi har spurt informantene om hvilken effekt de tror rehabiliteringen har på pasientenes livsstil. Alle informantene har en formening om effekten av rehabiliteringen. Informant 4 viser til konkrete pasienteksempler og prosjekter som utgangspunkt for hennes tanker om effekt. Informant 1 antar at rehabiliteringen har god effekt på mange, da hun møter noen igjen

og ser at de vedlikeholder vanene i mange år etterpå. Informant 2 har tro på at gode relasjoner mellom pasientene kan bidra til å opprettholde en hjertesunn livsstil. Dette gjennom å motivere hverandre til å finne løsninger sammen. Informant 3 tror pasientene får en langvarig effekt basert på pasientene de møter i vedlikeholdsgrupper.

Informant 4 tror pasientens utgangspunkt har mye å si for utbytte av rehabiliteringen. De som tidligere har vært “flinke” klarer ofte både å komme i gang med trening, endre på kosten og eventuelt gå ned i vekt. De som oftest har vanskeligheter med å endre på livsstilen er pasientene som allerede sliter med kosthold og trening. “De henger litt sammen, det der at de som klarer det ene, de klarer ofte det andre føler jeg” (informant 4).

Informantene deler sine erfaringer med eksempler på pasienter som har hatt god effekt av hjerterehabiliteringen både underveis og etter avsluttet rehabilitering. Informant 1 og 2 møter pasienter i vedlikeholdsgrupper, og ser at de har opprettholdt treningen i ettertid.

Informantene erfarer at noen også lager intervalltreningsgrupper som de holder gående (informant 1). Informant 1 og 2 trekker frem konkrete eksempler på pasienter som har gjort store endringer til fordel for helsen: “Møtte senest en i går som kom og fortalte hvor lange og fine fjellturer hun gikk og hadde gått ned 20 kilo” (informant 1). Informant 2 har hatt pasienter som tidligere ikke drev med trening i det hele tatt, som nå skal være med på et sykkelritt.

4.2.2 Pasientenes innstilling og motivasjonsfaktorer

Informantene tror de fleste som har takket ja delta på rehabilitering er motiverte. Informant 1 opplever også at enkelte kommer mest fordi de har fått beskjed om det, og er ikke nødvendigvis like motiverte. Mange pasienter vet de bør gjøre en endring, men trenger hjelp til å forstå viktigheten av det for å få den motivasjonen som trengs for å komme i gang (informant 2). Informant 2 forteller også at det også finnes enkelte som gruer seg på forhånd av rehabiliteringen. Noen ganger møter informant 4 pasienter som sliter med motivasjonen, da opplever hun ofte at det bunner i et underliggende problem.

Ifølge informant 1 og 2 øker ofte motivasjonen etter hvert som pasientene tilegner seg kunnskap. Informant 1 tror de fysiske reaksjonene på trening, fremgangen og at endringene er overkommelige skaper motivasjon. Hun opplever også at mange motiveres av hverandre, og påpeker viktigheten av det sosiale aspektet i rehabiliteringen. Informant 4 opplever at de nye

deltakerne motiveres av å høre positive erfaringer og opplevelser med hjerterehabiliteringen fra de “erfarne” deltakerne. Mange pasienter får en “wake up call” etter hjertehendelsen, og blir motivert av at en ikke ønsker å gjennomgå dette igjen (informant 1 og 3). Informant 3 mener de kan motivere pasientene med god oppfølging slik at de føler seg sett og forstått. Både informant 1 og 4 ser at pasientene motiveres av retest på slutten av rehabiliteringsperioden.

4.2.3 Opprettholdelse av vaner

Gjennom undervisning og prat prøver vi å fremheve at det finnes veldig mange måter å trene på. Alt etter hva de synes er praktisk for eksempel, hva det finnes i nærområdet av treningssenter (...) eller om det finnes en gruppe som spiller innebandy en gang i uken, hvis det er det de har lyst til. (Informant 1)

Alle informantene gir uttrykk for at de fokuserer på å skape varige livsstilsendringer underveis i rehabiliteringen. De hjelper blant annet pasientene med å utforske hva som finnes av treningsmuligheter, slik at de kan fortsette med trening etter avsluttet rehabilitering. Både informant 1, 2 og 3 utdyper at det er spesielt viktig at pasientene finner trening som er lystbetont for at de skal klare å opprettholde treningsvaner.

Mange av pasientene har, ifølge informant 2, flere ting de vil ta tak i og blir fort veldig ivrige. Hun påpeker at det da er viktig å ikke være for streng med seg selv slik at de mister livskvaliteten. De må finne trening og mat som de liker, hvis ikke er det vanskelig å opprettholde vanene. “Det er ikke noe poeng å leve veldig, veldig lenge hvis de ikke har det bra mens de lever” (informant 2). Informant 1 og 3 påpeker at de ofte informerer pasientene om at trening er ferskvare og må opprettholdes. “Årene bør spyles med jevne mellomrom” (informant 3).

Informant 4 opplever at mange skaper et sosialt nettverk under rehabiliteringen, noe som gjør at de ønsker å fortsette og trene der. Hun mener det å bo hjemme og være i eget nærmiljø i rehabiliteringsperioden vil gjøre det lettere for pasientene å etablere vaner. Da kan pasientene for eksempel jobbe deltid og delta på rehabilitering samtidig som de lever sitt vanlige liv hjemme. I følge informanten vil det være lettere å komme tilbake til gamle vaner når en har vært borte på rehabilitering og alt er som før når en kommer hjem igjen. Informant 4 tror

rehabiliteringen må vare en viss tid og at et opphold på fire uker kan være for kort om pasientene skal kunne gjøre livsstilsendringer og opprettholde disse. Informant 2 påpeker at livsstilsendringer ikke er gjort på tre uker, spesielt for de som har mye å endre på.

4.2.4. Kontroller og tidligere prosjekter

At det kunne vært en del av pakken at etter 3-4 måneders tid så kommer man inn igjen (...) får en sånn oppfriskning og avklaring på hvor jeg er nå og hva trenger jeg hjelp med for å fortsette fremgangen. Hatt en fysisk test (...) det tror jeg hadde gjort at enda flere hadde klart å vedlikeholde både trening og gode livsstilsendringer i fortsettelsen. (Informant 2)

Hjerterehabiliteringstilbudene har ikke systematiske oppfølgingskontroller og vet derfor ikke hvilken effekt hjerterehabiliteringen har på alle pasientene. Informant 3 og 4 sier de gjerne skulle hatt oppfølgingskontroller, da de tror det kunne vært med å påvirke pasienten til å opprettholde gode vaner på sikt. De ulike rehabiliteringene tilbyr pasientene å trene i vedlikholdsgrupper etter avsluttet rehabilitering. Fysioterapeutene opplever at de som deltar i gruppene klarer å opprettholde treningsvaner og en aktiv livsstil.

Informant 4 har eksempler på prosjekter som er blitt gjort ved deres rehabilitering. Prosjektene viser en signifikant bedring av fysisk kapasitet og livskvalitet når de er ferdige med rehabiliteringen. Informanten mener livskvalitet har en sammenheng med den fysiske formen: "Og det følger vel også den fysiske formen da, livskvaliteten blir bedre når du blir trygg og blir i bedre form" (informant 4). Ved et annet prosjekt de har utført på rehabiliteringen, var tendensen at pasientene fortsetter å trene og komme i bedre form etter avsluttet rehabilitering.

4.2.5 Frafall i rehabiliteringen

Det kan være mye annet i livet som er vanskelig og tøft og at dette her kommer på toppen. Det blir bare for mye (...). Andre ganger så går sikkert folk ifra fordi nei, de finner at de, dette klarer de helt fint selv. (Informant 1)

Informantene sier utelukkende at de har svært få frafall, sett bort fra planlagt avslutning. Årsakene er mange og sjeldent av den årsak at de ikke "gidder". Vanlige årsaker kan være

komplisert familieliv, økonomiske årsaker, lang reisevei eller andre personlige faktorer som gjør livet tøft (informant 1 og 4). Informant 3 nevner jobb og mangel på mulighet til å ta fri fra jobben som årsak til manglende kapasitet til å delta på rehabilitering. Det nevnes at frafall også kan skyldes oppdagelse av en mer alvorlig sykdom underveis, noe som gjør at pasienten må gjennom nye undersøkelser og rehabiliteringen settes på vent (informant 2). Informant 1 nevner at noen finner ut at “dette var ikke noe for meg” eller “dette klarer jeg fint på egenhånd”. Hun mener også at utgangspunktet til pasienten kan ha noe å si for hvor stort behovet for oppfølging er.

5.0 Drøfting

5.1. Rehabiliteringstilbudet

5.1.1 Oppstart av rehabilitering

Informantene følger stort sett anbefalingene vi finner i de danske retningslinjene for hjerterehabilitering (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 19), altså at ACB-opererte bør vente fire til seks uker med å trene og PCI-opererte bør vente én uke. Likevel er det sjeldent pasientene får plass på rehabiliteringen de har søkt på til den tiden de i følge anbefalingene *kan* begynne. Alle informantene har ventelister, og tre av informantene opplyser at pasienten kan risikere å vente flere måneder før de får plass og understreker at dette er uheldig. Informant 4 mener pasientene trenger veiledning så fort som mulig etter en hjertehendelse, og Mæland (2006, s. 12) støtter dette ved å hevde at behovet for rehabilitering og oppfølging øker når pasienten forlater sykehuset. Danske retningslinjer for hjerterehabilitering (Sundhetsstyrelsen, 2013, s. 9) anbefaler at hjerterehabilitering bør foregå som et integrerende tilbud med både tilrettelagte og sammenhengende forløp i alle tre fasene av rehabiliteringen. Dette er likevel ikke et reelt faktum når det kan gå flere måneder fra en pasient blir skrevet ut fra sykehus til deltagelse på hjerterehabilitering. Ventelister vil det logisk sett være frem til det opprettes flere hjerterehabiliteringsplasser i Norge, da det er regnet ut at det mangler 2072 plasser for at alle pasienter med koronarsykdom i Norge skal få tilgang til rehabilitering (Abreu et al., 2019, s. 5).

5.1.2 Mål med rehabiliteringen

Pasientenes mål og livssituasjon skal være utgangspunktet for rehabiliteringen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §3). Tre av informantene nevner pasientenes mål som en sentral del av rehabiliteringen, og informant 2 forteller at det viktigste målet med

rehabiliteringen er å tilfredsstille pasientens mål. I følge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter rett til å medvirke i handling og tilbudet skal i størst mulig grad utarbeides i samråd med pasient (2001, §3-1). Helsepersonell kan sette mål med et faglig perspektiv slik at det sikres å ha helsefordeler. På den andre siden vet pasienten trolig best hva som er viktig for ens egen livskvalitet. Gitt at pasienten bruker sin personlige innsikt og helsepersonell sin faglige kompetanse, kan det tenkes at målet styrkes og oppleves betydningsfullt for begge parter. Dersom helsepersonell setter mål for pasientene, vil den indre drivkraften sannsynligvis være mindre enn hvis de selv hadde utarbeidet mål etter hva de anser som viktig. Reeve (2009, s. 114) understreker at oppnåelse av personlige mål kan blant annet øke livsglede og selvtillit, samt redusere forekomst av usunn livsstil. En kan se for seg at å nå et betydningsfullt personlig mål oppleves som en stor seier.

Alle informantene trekker frem at et sentralt mål for rehabiliteringen er å trygge pasientene i aktivitet. Informant 2 opplever at det ofte sitter en redsel i folk som nettopp har hatt sykdom, og at det helsepersonell uttrykker kan påvirke pasientenes redsel. Mæland mener det kan virke hemmende på handling dersom en er engstelig og bekymret (2006, s. 123). På den andre siden er det viktig å være oppmerksom på at fravær av affeksjon også kan redusere mulighetene for endring (Mæland, 2006, s. 132). Det kan være vesentlig å trygge pasientene slik at redsel ikke blir en hemmende faktor for aktivitet.

5.1.3 Trening- og aktivitetsintervensjoner

Internasjonale retningslinjer, referert i Olsen et al. (2017, s. 274), anbefaler at pasientene får tilbud om hjerterehabilitering bestående av livsstilsendringer, forebygging og behandling av risikofaktorer og psykososial støtte. Alle informantene har et rehabiliteringstilbud som inneholder flere deler av anbefalingene. På tross av dette virker det å være utfordrende å skape et tilbud med optimal kvalitet på alle områder. På bakgrunn av utsagn fra informantene sees de største hindringene i form av ressurser, tid og fasiliteter. Det kan tenkes at dersom en velger å bruke mye ressurser på enkelte deler av tilbudet, vil det kunne gå på bekostning av fokuset og kvaliteten på de andre områdene.

Alle informantene forteller at de har trening i grupper. Informant 1 opplever at pasientene ofte motiveres av hverandre, og påpeker viktigheten av det sosiale aspektet i rehabiliteringen. To av informantene bruker Ullevålsmodellen som del av sitt tilbud. Modellen inkluderer viktige elementer som skal bidra til å motivere og skape samhold i gruppen, og den har vist god

effekt på fysisk kapasitet og HRLK (St. Olavs Hospital, 2018). Informant 2 har trening opp til to ganger om dagen med flere treningsvarianter. Det kan tenkes at pasientene da får utforsket og finner en type trening de liker. Når pasientene opplever treningen som givende vil det trolig øke motivasjonene til å delta og ha stor innsats på treningene.

5.1.4 Undervisningsintervensjoner

Rehabilitering bør alltid inneholde undervisning og formidling av relevant informasjon (Mæland, 2006, s. 17). Informant 1 antar at kunnskap om relevante temaer kan skape motivasjon for å sette i gang en handling. Alle informantene har felles undervisning for pasientene som deltar på hjerterehabiliteringen. Som helsearbeider kan en gi generell informasjon gjennom undervisning i en stor gruppe, men ifølge Prescott & Børtveit (2004, s. 168) har denne informasjonen svak påvirkningskraft. De mener heller at informasjon direkte knyttet til egen helsesituasjon har større atferdsendrende kraft. For eksempel vil informasjon om individuelle risikofaktorer kunne aktivere en viss frykt hos pasienten. Frykten for at noe kan skje vil kunne motivere pasienten til å gjøre handlinger og valg som motvirker dette (Prescott & Børtveit, 2004, s. 169). På den andre siden mener informant 2 at mer generelle temaer er nyttig å ta i fellesskap da man kan skape diskusjon i gruppen, og pasientene kan dele erfaringer og tanker med hverandre. I tillegg til atferdsendrende påvirkning kan undervisning i kombinasjon med trening også ha effekt på HRLK (Anderson & Taylor, 2014)

5.1.5 Tverrfaglig og individuell oppfølging

Grad av tverrfaglig oppfølging varierer mellom de ulike rehabiliteringstilbudene. Informant 3 skiller seg ut ved å kun ha fysioterapeuter som jobber på hjerterehabiliteringen, mens de andre informantene har tverrfaglig samarbeid med flere yrkesgrupper. Helhetlig hjerterehabilitering består ifølge Mæland av et flerfaglig arbeidsfelt og krever tverrfaglig kompetanse (2006, s. 11). Det er mange ulike risikofaktorer for kardiovaskulære sykdommer, for eksempel stress, overvekt, høyt fettinntak, lav fysisk aktivitet, diabetes og depresjon (Mæland, 2006, s. 35). På bakgrunn av dette kan det være utfordrende for hjerterehabiliteringstilbudet bestående av kun fysioterapeuter å gi pasientene optimal oppfølgingen på alle områder. Fysioterapeuters arbeidsfelt og kunnskap kan bli for snevert til å dekke alle de ulike aspektene ved helhetlig hjerterehabilitering. På den andre siden forteller informant 3 at de henviser pasientene til andre yrkesgrupper dersom det trengs.

Alle informantene tilbyr individuelle samtaler i rehabiliteringen. Informant 2 forteller at fordelene med individuell oppfølging er at tilbudet kan tilpasses etter den enkelte og at en ved samtaler kan ta opp og diskutere personlige utfordringer og erfaringer. Prescott & Børtveit (2004, s. 29) påpeker at en som helsearbeider bør være oppmerksom på at enkelte temaer kan være ømfintlige og oppleves personlige for pasienten. Det kan derfor argumenteres for at disse temaene bør tas opp ved en individuell samtale. Dessuten er det usannsynlig at alle kan få svar på det de trenger gjennom felles undervisning da symptomer og prognose kan variere fra pasient til pasient. Det er viktig å skille mellom kunnskap om diagnoser i sin alminnelighet og kunnskap om *egen* sykdom (Mæland, 2006, s. 56).

5.2 Livsstilsendringer

5.2.1 Erfaringer og tanker om effekt av hjerterehabilitering

Informantene tror på bakgrunn av erfaring, inntrykk, tidligere prosjekter og konkrete pasienteksempler at deres hjerterehabilitering har god effekt på pasientene, både fysisk og psykisk. Informantene har konkrete pasienteksempler som innebærer forbedringer på retesting og subjektive oppfatninger om at “dette har vært bra for meg” og “se hva jeg har fått til”. Konkrete eksempler gir ifølge Malterud (2017, s. 70) ofte et mer robust materiale enn generelle forklaringer. Informantenes konkrete pasienteksempler kan derfor gi et reelt inntrykk av hvordan enkelte kan ha god effekt og opplevelse av hjerterehabilitering.

Informant 3 tror pasientene får en langvarig effekt av rehabiliteringen, og påpeker at dette er på grunnlag av pasientene de ser i vedlikeholdsgruppene. Ettersom ingen av informantene har systematiske oppfølgingskontroller i etterkant av rehabiliteringen, kan de ikke være sikre på at “det går bra” med *alle* pasientene som har deltatt. Gjennom tidligere prosjekter har informant 4 sett en tendens til at pasientene fortsetter å trene etter endt rehabilitering. Informanten tror imidlertid en viktig årsak til dette er tilbudet de får om å fortsette og trene i vedlikeholdsgrupper. Det kan derfor tenkes at et lett tilgjengelig treningstilbud etter rehabilitering vil kunne gi gode forutsetninger å opprettholde treningsvaner.

5.2.3 Opprettholdelse av vaner

Internasjonale retningslinjer, referert i Olsen et al. (2017, s. 274), anbefaler at hjerterehabilitering består av tiltak som blant annet bidrar til endring av livsstil. Alle informantene har fokus på dette, og de jobber også mot at endringene skal vare. Informant 2 anbefaler pasientene å leve en hjertesunn livsstil, men at de ikke må bli “for ivrige” og strenge

med seg selv slik at endringene går på bekostning av livskvaliteten. Dette er Mæland (2006) enig i, og understreker at det ofte blir vanskelig å opprettholde livsstilsendringene når det er gjort mange endringer på en gang. Det vil lettere gå ad undas og få pasienten til å miste motet (Mæland, 2006, s. 134). Det er viktig å være tålmodig i prosessen med å etablere en ny livsstil (Prescott & Børtveit, 2004, s. 28).

Tre av informantene vektlegger viktigheten av å vise pasientene hva som finnes av treningsmuligheter, slik at de kan finne en treningsform de liker. Ifølge informantene vil det være lettere å opprettholde lystbetonte aktiviteter. Dette stemmer overens med Mæland (2006, s. 135) som hevder at det er "gammel erfaring" at trening skal være lystbetont for å kunne opprettholdes, og i tillegg helst i kombinasjon med sosial kontakt. Informant 1 forteller om pasienter som har gått sammen etter rehabilitering og som fortsatt møtes hver uke for å trene i felleskap. Det kan tenkes at dette blir vanskeligere å få til for pasienter som er på rehabilitering langt unna der de bor. De kan ha funnet glede i å trene med personer som har vært gjennom det samme, men at hjemstedet gjør det vanskelig å bli en del av gruppene som trener sammen etter endt rehabilitering.

Det er likevel mye egenansvar knyttet til helse og valgene vi tar påvirker helsen vår (Prescott & Børtveit, 2004, s. 27). Det vil si at pasientene har også selv ansvar for å opprettholde de gode vanene de har fått hjelp til å etablere i løpet av rehabiliteringen. Uten å forklare meningen bak tiltaket, forteller informant 4 at pasientene får utdelt et egentreningsprogram de kan følge samtidig som de går på rehabiliteringen. Om pasientene setter av tid til å gjennomføre egentrening i løpet av rehabiliteringsperioden vil det ifølge de danske retningslinjene kunne påvirke en videre selvstendighet for trening etter endt rehabilitering (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 19). Ingen av de andre informantene forteller at pasientene anbefales å trene på egenhånd i tillegg til rehabiliteringens trening. Det kan tenkes å være uheldig for pasienter som kun har erfaring med organisert gruppetrening, når de etter endt rehabilitering må komme i gang med trening helt på egenhånd.

Tre av informantene har et treningsopplegg som samsvarer med danske retningslinjers anbefalinger for hjerterehabilitering (Sundhetsstyrelsen, 2015, s. 19) med trening 2-3 ganger i uken. Ved disse tilbudene bor pasientene hjemme og kommer til rehabilitering på dagtid. Informant 2 har derimot et tilbud med trening opptil to ganger om dagen, hvor mange av pasientene bor på klinikken. Det kan diskuteres hvor vidt dette opplegget kan overføres til

hverdagen etter endt rehabilitering. Når pasientene kommer hjem skal de forsøke å integrere de nye vanene i hverdagen. Det kan tenkes at fallhøyden blir stor, og at endringene blir vanskelig å opprettholde. Dette er informant 4 enig i, og mener at dersom en bor på rehabiliteringsinstitusjonen er det lettere å falle tilbake til gamle, dårlige vaner når en kommer hjem igjen der alt er som før. For de som også skal tilbake i jobb kan overgangen bli ekstra utfordrende.

Varigheten på rehabiliteringstilbudene varierte blant informantene, og spesielt to av informantene var bevisste på varighetens betydning for livsstilsendringer. Informant 4 mener rehabiliteringen må vare en viss tid og hun tror et opphold på fire uker kan være for kort til å kunne endre på vaner. På samme måte hevder Prescott & Børtveit (2004, s. 95) at det ofte krever at pasienten har en viss innsats over en lengre periode for at atferdsendringer skal finne sted. Informant 2 støtter denne påstanden og påpeker at livsstilsendringer ikke er gjort på noen få uker, spesielt for de som har mye å endre på. Korte intervensjoner betraktes som en svak form for påvirkning, men kan likevel ha effekt på pasienter med færre og mindre omfattende problemstillinger (Prescott & Børtveit, 2004, s. 91). Informant 2 forteller om pasienter som har hatt positiv effekt av et tre ukers rehabiliteringsopphold. Rehabiliteringen informant 2 jobber ved inneholder et kompakt tilbud med mange ulike tiltak og oppfølging av et tverrfaglig team. I følge Prescott & Børtveit (2004, s. 91) kan riktignok den samlede effekten av et kortere rehabiliteringsopphold være betydelig dersom det består av tverrfaglig samarbeid som tar for seg flere av pasientens kontekster. Det kan forestilles at varighet kan ha betydning for grad av livsstilsendringer, men god kvalitet på tilbudet vil kunne rettferdiggjøre en kortere varighet. Det anerkjente uttrykket *kvalitet fremfor kvantitet* mener vi er relevant å trekke frem i denne sammenhengen.

5.2.4 Motivasjon og motivasjonsfaktorer

Motivasjon har å gjøre med kreftene som forårsaker aktivitet hos et individ og med det som holder aktiviteten ved like (Lillemyr, 2007, s. 15). Informant 1 og 4 ser at pasientene motiveres av retesting, og informant 1 og 3 tror pasientene får en “wake up call” etter en hjertehendelse og at de motiveres av det. Når pasientene får denne “vekkeren” eller motiveres av retest, kan det tenkes at de handler ut fra ytre motivasjon, nemlig konsekvenser, intensiver og belønning (Reeve, 2009, s. 138). En konsekvens kan i denne sammenheng være å gjennomgå en hjertehendelse på ny, som pasienten trolig har opplevd som svært ubehagelig og belastende og noe en er i frykt for å gjenoppleve. Samtidig kan det hende at dersom en kun

motiveres av ytre faktorer, vil ikke endringene vedvare. I følge Reeve (2009, s. 112) er en nemlig mer utholdende til å gjennomføre oppgaver når en er indre motivert.

Informant 1 legger merke til at pasientene motiveres av hverandre i gruppen og hun legger vekt på betydning av det sosiale aspektet i rehabiliteringen. Mennesker er sosiale vesener og vi trives ofte i andres nærvær. Det kan tenkes at en motiveres ytterligere dersom en setter pris på det sosiale ved rehabiliteringen. Følelsen av å være en del av noe og jobbe mot samme mål kan forestilles å være en stor motivasjonsfaktor. Informant 4 opplever at de nye deltakerne motiveres av å høre positive erfaringer og opplevelser med hjerterehabiliteringen fra de “erfarne” deltakerne. I tilfeller der det vi observerer er inspirerende, kan det tenkes at det skapes en motivasjon til å gjennomføre og oppnå det samme.

Alle informantene opplever de fleste pasientene på hjerterehabiliteringen som motiverte. Informantene har en oppfattelse av at de som takker ja til å delta allerede er motiverte for å gjennomføre. Med tanke på at det er frivillig å delta, er det ingen som kan tvinges til rehabilitering uansett hvor stort behovet er. De pasientene som ikke er motiverte for livsstilsendring trenger kanskje mer drivkraft utenfra, for eksempel helsepersonell eller familie/venner som motiverer dem. Informant 1 hadde erfaringer med at enkelte kommer kun fordi de har fått beskjed om det, og hun opplever ofte disse som mindre motiverte.

5.2.5 Frafall

I følge Mæland (2006, s. 107) er frafall ofte et problem når et treningsopplegg varer i mer enn 12 uker. To av informantene har et rehabiliteringstilbud som går over 12 uker og én av informantene tilbyr tre ukers rehabilitering, og ingen opplever frafall som et problem. Vi tolker derfor at frafall kan forekomme uavhengig av rehabiliteringens varighet. Vi kan derimot ikke si noe om frafall utover 12 ukers rehabilitering da ingen av informantene har erfaring med dette. Mæland (2006, s. 107) hevder at frafall kan ha alt fra økonomiske og praktiske årsaker til mangel på lyst og motivasjon. En kan forestille seg at det er lett å miste motivasjon når en ikke trives med treningen, når det ikke er utfordrende nok eller om en føler en kunne klart det på egenhånd. Informant 1 er enig i dette og legger til at pasientens utgangspunkt kan ha noe å si for hvor stort behovet for oppfølging er. Oppsummert kan behov og pasientens oppfatning av evne til å klare seg på egenhånd være faktorer som spiller inn på frafall, men i disse tilfellene vil det ikke nødvendigvis være uheldig for pasientens prognose. Det er når pasienter med stort behov faller fra at det er større grunn til bekymring.

Som nevnt kan det ifølge Mæland (2006, s. 107) være praktiske og økonomiske årsaker til frafall. Flere av informantene erfarer praktiske faktorer som årsak til at pasienter faller fra, og informant 3 påpeker jobb som et mulig hinder i rehabiliteringen. En systematisk oversikt av Ruano-Raviana et al. (2016, s. 436) viser også mindre deltagelse og overholdelse hos pasienter med blant annet lavere sosioøkonomisk status. Dette kan ses i sammenheng med informant 2 og 3 sine erfaringer med økonomi som hindring for å ta seg fri fra jobben, noe som påvirker deltagelse på rehabilitering. Har en dårlig økonomi, er det ikke usannsynlig at denne pasienten prioriterer jobb fremfor å dra på rehabilitering. Informant 4 anbefaler pasientene å være sykemeldte i begynnelsen og etter hvert jobbe deltid samtidig som rehabiliteringen pågår, men det kan tenkes at det for noen er nok å fokusere på rehabiliteringen. Om en har andre pågående utfordringer i livet, kan det som informant 1 beskriver: “det blir bare for mye”. Vi har ikke funnet noe litteratur som sammenlikner frafall fra rehabilitering og stor psykisk belastning eller vansker i livet, men flere av informantene påpeker sammenhengen mellom disse faktorene.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi intervjuet fem fysioterapeuter med erfaring fra hjerterehabilitering for å besvare problemstillingen: *Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med livsstilsendringer som en del av hjertepasienters rehabiliteringstilbud?* De temaene vi har opplevd som viktigst har vært: mål, motivasjon, rehabiliteringstilbudet og livsstilsendring.

Fysioterapeutene trekker frem trygging som et sentralt mål i rehabiliteringen. Dersom pasientene er redde og engstelige, er det vanskelig å sette i gang med livsstilsendrende tiltak. Trygghet i kombinasjon med motivasjon, egeninnsats, samt lystbetone og overkommelig endringer som kan integreres i hverdagen, er forutsetninger for å skape og opprettholde en hjertevennlig livsstil. Alle informantene sier de har fokus på livsstilsendringer underveis i rehabiliteringen. Livsstilsendringer til fordel for hjertepasienter innebærer blant annet økt fysisk kapasitet, kunnskap om egen sykdom og kostholdsendringer. Dette får pasientene gjennom gruppetrening, undervisning, individuelle samtaler og tverrfaglig tilnærming ved de aktuelle hjerterehabiliteringstilbudene. De ulike tilbudene varierer i ressurser, noe som gjenspeiler seg i tilbudets omfang og fokusområder.

Ventelister synes å være en stor utfordring ved hjerterehabilitering, og dette kan være uheldig for pasientene. En betydelig mangel på rehabiliteringsplasser i Norge gjør at noen pasienter må vente flere måneder før de får delta på rehabilitering etter sykehusoppholdet. Dette strider mot anbefalingene om at hjerterehabilitering skal foregå i et sammenhengende forløp i alle tre fasene. De største svakhetene ved rehabiliteringstilbudene virker å være ventelister og mangel på oppfølgingskontroller. Fysioterapeutene i vår oppgave har kun erfaring med de endringene som skjer under rehabiliteringen og hos pasientene som deltar i vedlikeholdsgrupper. Pasientene som ikke deltar i vedlikeholdsgrupper ser de sjeldent igjen og til tross for fysioterapeutenes ønske om å fange opp pasienter som “sliter” i ettertid, kan en stille spørsmål om hvem ansvaret ligger hos når pasientene er ferdig med hjerterehabilitering. Det sies at enhver har ansvar for egen helse, og dermed har pasienter i etterkant av hjerterehabilitering også selv ansvar for å ta hjertesunne valg.

Det kan se ut til at fysioterapeutene og andre helseinstanser som jobber med hjerterehabilitering vet hvilke tiltak de skal ta i bruk for å bidra til at pasientene oppnår en varig livsstilsendring. Likevel virker det å være utfordrende å finne ut *hvordan* fysioterapeuter bør jobbe for å oppnå endringer på lang sikt. Hvordan rehabiliteringen bør formes er derimot vanskelig å vite før en har undersøkt tilbudets virkning på tidligere deltageres helse og levevaner i ettertid.

Det er nødvendig å øke antall rehabiliteringsplasser i Norge dersom en skal dekke behovet for hjerterehabilitering i den norske befolkningen. I tillegg til dette tror vi mer forskning knyttet til langtidseffekten og tilgjengelige norske retningslinjer ville gjort det enklere for fysioterapeuter å jobbe målrettet mot langvarige livsstilsendringer i hjerterehabilitering. Det er viktig å trekke frem at alle fysioterapeutene i vår oppgave har erfaring med at hjerterehabilitering bidrar til livsstilsendringer underveis i rehabiliteringsprosessen. De har også erfaringer med at flere av pasientene vedlikeholder en hjertevennlig livsstil, men de kan ikke fastslå at dette gjelder for alle. Alle pasienter har ulikt utgangspunkt og ulike forutsetninger for å få til en endring. Dette gjør det utfordrende å lage et tilbud som passer for alle.

7.0 Referanseliste

- Abreu, A., Pesah, E., Supervia, M., Adawi, K. T., Wehrens, B. B., Jimenez, F. L., . . . Grace, S. L. (2019). Cardiac rehabilitation availability and delivery in Europe: How does it differ by region and compare with other high-income countries?: Endorsed by the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 0(00), 1–16. <https://doi-org/10.1177/2047487319827453>
- Anderson, L. & Taylor, R. S. (2014). Cardiac rehabilitation for people with heart disease: An overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Library*, (12), 1–21. <https://doi-org/10.1002/14651858.CD001800.pub3>
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 9. august). Hjerte- og karsykdommer i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/#doedelighet-sterk-nedgang>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelserapporten - kortversjon: Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., Dalene, K. E. & Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge – Nasjonal kartlegging 2014 - 2015* (Helsedirektoratet rapport IS 2367). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/991/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%202014-15.pdf>

- Healthcare Improvement Scotland. (2017). *Cardiac rehabilitation: A national clinical guideline*. Hentet fra <http://www.sign.ac.uk/assets/sign150.pdf>
- Hegewlad, J., Wegewitz, U. E., Euler, U., Dijk, J. L., Adams, J., Fishta, A., Heinrich, P. & Seidler, A. (2019). Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1–192. <https://doi-org/10.1002/14651858.CD010748.pub2>
- Helsebiblioteket. (u.å.). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 15. april 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet (2016, 24. oktober). Helsedirektoratets kostråd. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1014/Helsedirektoratets%20kostr%C3%A5d%20IS-2377.pdfktiv>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Forebygging%20av%20hjerte-%20og%20karsykdom.pdf>
- Jamtvedt, G., Hagen, K.B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Jansson, E. & Anderssen, S. A. (2009). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 37–44). Oslo: Helsedirektoratet. (hele kapittel)
- Leegaard, M. (2018, 22. januar). Hvem deltar i hjerterehabilitering etter utblokking av koronarkar? Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/01/hvem-deltar-i-hjerterehabilitering-etter-utblokking-av-koronarkar>
- LHL-klinikken Bergen. Test av hjerte-, lunge og arbeidsfunksjon under belastning. Hentet 4. april 2019 fra <https://www.lhl.no/bergen/utredning-og-behandling/test-av-lunge--og-arbeidsfunksjon-under-belastning2/>
- Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2.utg.). Norge: Høyskoleforlaget.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- National Institute on Aging (2018, 1. juni). Heart health and aging. Hentet fra <https://www.nia.nih.gov/health/heart-health-and-aging>
- Nilsson, B. B. & Peersen, K. (2008, juni). NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi sine anbefalinger for fysioterapeutens faseinndeling av hjerterehabilitering. *Hjertesukket*. Hentet fra <https://fysio.no/content/download/23649/396628/version/1/file>
- Nylenna, M. (2019). Livsstil. I Store Medisinske leksikon. Hentet 6. april 2019 fra <https://sml.snl.no/livsstil>
- Nylenna, M. (2019). Livsstilssykdommer. I Store Medisinske leksikon. Hentet 8. april 2019 fra <https://sml.snl.no/livsstilssykdommer>
- Olsen, S. J. S., Scirmer, H., Bønaa, K. H. & Hanssen, T. A. (2017). Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(3), 273–279. <https://doi.org/10.1177/1474515117737766>
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal.
- Reeve, J. (2009). *Understanding motivation and emotion* (5. utg.). New Jersey: Wiley.
- Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., Raposeiras, S., van 't Hof, A., Meindersma, E., Prescott, E. I. B. & González-Juanatey, J. R. (2016). Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review. *International Journal of Cardiology*, (223), 436–443. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.08.120>
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V. & Haug, E. (2014). *Menneskets fysiologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

- Statistisk sentralbyrå. (2019, 18. januar). Røyk, alkohol og andre rusmidler. Hentet fra <https://www.ssb.no/royk>
- Steca, P., Monzani, D., Greco, A., Franzelli, C., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Sarini., Scignaro, M., Vecchio, L., Fatirolli, F. & D`Addario, M. (2017). Stability and change of lifestyle profiles in cardiovascular patients after their first acute coronary event. *Plos one*, 12(8), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183905>
- St. Olavs Hospital. (2018, 29. juni). Effektiv hjerterehabilitering med Ullevålsmodellen. Hentet fra <https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonal-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/hjerteinfarkt-og-angina-pectoris/effektiv-hjerterehabilitering-med-ullevalsmodellen#referanser>
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *National klinisk retningslinje for rehabilitering*. Hentet fra https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx?fbclid=IwAR2z72aVxsVBjhmT8zhHi_C7jF3NgObs2MRvqpculcUM6ht-pDlx9Nrcpjw
- The American Institute of Stress. (2017, 18. januar). Stress and heart disease. Hentet fra <https://www.stress.org/stress-and-heart-disease>
- Thornquist, E. (2011). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Wallentin, L. & Lindahl, B. (2010). *Akut kranskärslssjukdom* (4. utg.). Stockholm: Liber.
- World Health Organization. (2018, 23. oktober). Healthy diet. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- World Health Organization. (2019). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability*. Hentet fra https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf