



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	228
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
Engelsk tittel *:	Meaningful workout - cardiac rehabilitation

Egenerklæring *: Ja

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 54
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Trening med mening-hjerterehabilitering.

Meaningful workout- cardiac
rehabilitation.

Kandidatnummer 228

SYKHB3001

Bachelor i sykepleie, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Campus Haugesund.
Innleveringsdato: 21.04.2021.

Trening med mening- hjerterehabilitering.

Sammendrag:

Tittel - trening med mening- hjerterehabilitering.

Introduksjon – svært mange rammes av hjerteinfarkt hvert år i Norge, og hjerterehabilitering er en viktig del av behandlingen i etterkant. Selv om vi vet at hjerterehabilitering er både viktig- og nyttig, deltar ikke alle pasienter i tilbudet. Hvordan opplever pasientene hjerterehabiliteringen, hva fungerer- og hva kan vi gjøre bedre.

Hensikt - gjennom pasienterfaringer fra hjerterehabilitering er hensikten å identifisere hvordan pasientene opplever tilbudet, i tillegg finne barrierer for deltakelse. Slik kan vi lære hva som er viktigst for pasientene – og dermed forstå hvordan vi kan motivere flere til å delta.

Metode - jeg har utført en litteraturstudie slik retningslinjene for bachelorskriving i sykepleie tilsier. Det presenteres 5 kvalitative studier der 4 er enkeltstudier og 1 er en metaanalyse.

Resultat - pasienter som deltok i organisert hjerterehabilitering opplevde dette som positivt og nyttig. Støtten fra helsepersonell og andre deltakere gav motivasjon og styrke til gjennomføring. Gode rutiner samt den sosiale støtten fra familie og nettverk var avgjørende for videre trening. Lav motivasjon, mangelfull informasjon, språkbarrierer og kulturelle faktorer påvirket de pasientene som takket nei til tilbudet.

Oppsummering – hjerterehabiliteringen bør være individuelt tilpasset men utført i gruppe med andre i samme situasjon. Helsepersonells støtte gjennom prosessen er vesentlig for deltakelse. Tilstrekkelig informasjon både muntlig og skriftlig er viktig. Informasjonen bør være lystbetont fremfor skremmende og være på et språk som er lett forståelig for pasienten. Pårørende bør informeres om viktigheten av hjerterehabilitering slik at de kan være en motiverende faktor, samt vise forståelse for nødvendige endringer i livet.

Nøkkelord - *hjerteinfarkt, hjerterehabilitering, rehabiliterende sykepleie, kardiovaskulær forebygging, livsstil, fysisk aktivitet, erfaringer, barrierer, pasientmedvirkning*

Abstract:

Title – meaningful workout- cardiac rehabilitation.

Introduction - many people in Norway is affected by myocardial infarction each year, cardiac rehabilitation is an important part of the treatment. Although we know cardiac rehabilitation is both important and useful- not everybody wants to participate. How do patients experience cardiac rehabilitation, what works - and what can we do better.

Aim - through patient experiences from cardiac rehabilitation, the purpose is to identify how patients experience the offer, and find barriers for not participating. This is how we can learn what is most important for patients - and thus understand how we can motivate more people to participate.

Method – I have carried out a literature study as the guidelines for bachelor's writing in nursing dictate. 5 qualitative studies are presented, of which 4 are individual studies and 1 is a meta-analysis.

Result – patients who participated in organized cardiac rehabilitation experienced this as positive and useful. The support from health professionals and other participants provided motivation and strength for completion. Good routines as well as the social support from family and networks were crucial for further training. Low motivation, lack of information, language barriers and cultural factors influenced the patients who declined the offer.

Summary – cardiac rehabilitation should be individually tailored but performed in groups with others in the same situation. Healthcare professionals' support throughout the process is essential for participation. Adequate information both orally and in writing is important. The information should be pleasurable rather than frightening and be in a language that is easy to understand for the patient. Relatives should be informed about the importance of cardiac rehabilitation so that they can be a motivating factor, as well as show understanding for necessary changes in life.

Keywords- *Myocardial Infarction, Cardiac Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Cardiovascular prevention programmes, Lifestyle, Physical activity, Experience, Barrier & Patient engagement.*

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn.....	6
1.2	Hjerterehabilitering	8
1.2.1	Hjerteinfarkt	10
1.2.2	Callista Roys adaptasjonsmodell	11
1.2.3	Sykepleie etikk og pasientrettigheter	11
1.3	Hensikt	12
1.3.1	Problemstilling.....	12
1.3.2	Presisering og avgrensning.....	12
2	Metode.....	13
2.1	Litteratursøk -strategi og tabeller	14
3	Resultater og analyse	18
3.1	Presentasjon av funn i artikkel 1	18
3.2	Presentasjon av funn i artikkel 2	19
3.3	Presentasjon av funn i artikkel 3	21
3.4	Presentasjon av funn i artikkel 4	22
3.5	Presentasjon av funn i artikkel 5	23
3.6	Etiske vurderinger og sammendrag av resultater	24
4	Diskusjon	25
4.1	Autonomi og individuell tilpasning virker motiverende og gir selvtillit	26
4.2	Økt kunnskap om egen hjertesykdom og fellesskap med andre pasienter forenkler livsstilsendringen.....	28
4.3	Angst for nytt hjerteinfarkt og frykt for bevegelse påvirker opptreningen	29
4.4	Sykepleierens holdninger påvirker pasientens motivasjon både på godt- og vondt	31
4.5	Kultur, rutiner og støtte fra familien påvirker etterlevelsen hjemme	32
5	Oppsummering og implikasjoner for praksis	35
6	Referanser	36
7	Vedlegg 1 - Søkehistorikk artikkel 1.	42
8	Vedlegg 2 - Søkehistorikk artikkel 2.	43
9	Vedlegg 3 - Søkehistorikk artikkel 3.	44
10	Vedlegg 4 - Søkehistorikk artikkel 4 og 5.	45
11	Vedlegg 5- Kvalitativ sjekklister felles vurdering for artikkel 1-5	46

Tabell 1 Kriterier.....	15
Tabell 2 Søk artikkel 1-5.	16
Tabell 3 Matrise artikkel 1.....	18
Tabell 4 Matrise artikkel 2.....	19
Tabell 5 Matrise artikkel 3.....	21
Tabell 6 Matrise artikkel 4.....	22
Tabell 7 Matrise artikkel 5.....	23

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Hjerte- og karsykdom er ifølge Verdens helseorganisasjon dødsårsak nummer en på verdensbasis. Ingen andre sykdommer utgjør dermed en større trussel for folkehelsen, hele 31% av globale dødsfall skyldes kardiovaskulær sykdom (WHO, 2017).

341 981 norske pasienter lever med sykdom i hjerte- og karsystemet ifølge nasjonale tall fra 2018 (Folkehelseinstituttet, 2019a). Selv om trenden er svakt nedadgående i Norge, rammes fremdeles altfor mange av hjertesykdom. Hjerteinfarkt rammet 13 209 mennesker i Norge i 2018, derav 11 307 nye tilfeller - de resterende 1902 var infarkt hos pasienter med kjent hjertesykdom (Folkehelseinstituttet, 2019a). Stadig flere overlever akuttfasen – som følge av bedret medisinsk utvikling (Helsedirektoratet, 2020). Flere lever også bedre med konsekvensene etter sykdommen- mye takket være økt fokus på hjerterehabilitering (St. Olavs hospital, 2019a). Hjerterehabilitering er oppgavens utgangspunkt.

Hjerterehabilitering tar sikte på forebygging av nye hjerteinfarkt ved hjelp av undervisning og trening. Symptomlindring er de kortsiktige målene der forbedring av fysisk form bidrar til mindre symptomer og reduksjon av angst. På lang sikt ønsker man at hjerterehabilitering vil forhindre nye hjerteinfarkter og unngå varig karsykdom (St. Olavs hospital, 2018).

Hjerterehabilitering deles inn i 3 faser; akuttfasen, opptreningsfasen og etterlevelsfasen. (Eikeland et al., 2016, s. 274). Opptreningsfasen og etterlevelsen - sett gjennom det viktige pasientperspektivet, gir grunnlag for problemstillingen.

Informasjon om hjerterehabilitering, fagstoff og tidligere forskning forteller at det virker. De positive medisinske effektene på den fysiske helsen er veldokumentert (Rognmo et al., 2018, s. 1-4). Imidlertid spør færre hvordan pasienten opplever prosessen. Nettopp derfor ønsker jeg å sette fokus på pasientene. Pasienterfaringer gir viktig og nyttig informasjon, slik kan vi forstå bedre hva som er god sykepleie til hjerterehabiliteringspasienten. I sykepleieforskning står pasienterfaringer sentralt (Jensen & Knutstad, 2019, s. 2).

Fysisk aktivitet som en del av en aktiv livsstil, moderat inntak av tobakk og alkohol i tillegg til et sunt kosthold - minsker risikoen for alvorlig hjertesykdom (Arnesen, 2014, s. 1-2). Nasjonal kompetansetjeneste ved St. Olavs hospital arbeider for at nettopp trening skal bli en like naturlig del av behandlingen til hjertepasienter som medikamenter (St. Olavs hospital, 2020). Kompetansegruppen arbeider med undervisning av helsepersonell, slik at de kan gi det beste og siste nye innen fag- og forskning til hjertepasienter. De går så langt at de kaller trening for medisin (St. Olavs hospital, 2019b). Kompetansegruppen samarbeider tett med forskningsmiljøet ved NTNU (Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet) som har en egen forskningsgruppe innen trening og helsegevinster. De utgjør Cardiac Exercise Research Group (CERG) som holder til ved St Olavs hospital i Trondheim. De arbeider med å finne den optimale treningen for å opprettholde god helse (NTNU, 2021). Forskning viser at ikke bare vil trening virke gunstig for å øke hjertets pumpekapasitet og dermed gi bedre oksygenopptak. Trening gjør i tillegg muskulaturen i hjertet større, sterkere og tykkere slik at mer blod kan tømmes ut under hvert slag. Hjertekammeret blir mer elastisk som gjør at det også kan fylles med mer blod. Skader fra hjerteinfarkt i struktur og funksjon, kan reverseres fordi hjertet blir sterkere (Moreia et al., 2020, s. 1-2).

Hjerterehabilitering med fokus på høyintensitetstrening har bedre etterlevelse enn andre programmer. Et år etter deltakelse hadde de høyere andel av pasienter som fortsatte denne treningen hjemme, og de hadde gjennomsnittlig bedre fordeling av muskel- og fettmasse enn ved oppstart. Kort men intensiv trening som 4x4 intervaller 2 ganger pr uke var nok til å opprettholde god hjertehelse. Disse deltakerne var også generelt mer aktive og opprettholdt de nasjonale anbefalingene for daglig aktivitet. Sammenlignet med pasienter som ikke deltok på høyintensitetstrening. Dette forenklet treningen og senket terskelen for gjennomføring- også etter hjerterehabiliteringen (Aamot et al., 2015, s. 1-2).

Dessverre viser det seg at ikke alle deltar på hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt. Det finnes ulike tilbud i de ulike helseforetakene, alle har tilbud om «noe» - selv om intensitet, varighet og innhold varierer fra sted til sted. Helse Vest og Helse Nord har den laveste deltakelsen. Lav BMI, høy alder, mannlig kjønn og lavere utdanning er fellesfaktorer for de som ikke deltar ved organisert hjerterehabilitering. Årsakene kan være flere ting som

tilgjengelighet -avstand til hjerterehabiliteringen, ulike rutiner ved henvisning fra sykehuset eller utilstrekkelig økonomisk støtte til deltakelse (Olsen et al., 2018, s. 2-4).

Kan sykepleiere motivere pasienter til å delta på hjerterehabilitering? - vi er tross alt ofte tettest på pasientene. Fysisk aktivitet har positiv effekt på hele kroppen, og er et viktig fokusområde for sykepleiere (Folkehelseinstituttet, 2019b). Det første vi lærte om på sykepleien var komplikasjoner til inaktivitet og viktigheten av bevegelse for å opprettholde normal funksjon og en god helse (Skaug, 2016, s. 314-317). Jeg arbeider ved en hjerteavdeling å trenger mer kunnskap om hvordan jeg kan motivere til hjerterehabilitering, pasienterfaringer kan være et nyttig virkemiddel. I tillegg gir fysisk aktivitet glede og overskudd i min hverdag, noe jeg ønsker å videreformidle.

Hjerterehabilitering er sykepleierelevant da klinisk sykepleie har mål om å gjenvinne sosial funksjonsevne, kognitiv eller fysisk funksjon og kapasitet- når disse er tapt som følge av skade eller sykdom. Sykepleieren skal hjelpe pasienten til optimal funksjon i hverdagen utfra egne forutsetninger, forebygging er sentralt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23). Brukermedvirkning, samarbeid tverrfaglig – og tverretatlig skal sikre at pasienten får en helhetlig og samkjørt oppfølging der pasienten skal stå sentralt i behandlingen (Boge, 2018, s. 71-72). Hjerterehabilitering er i så måte ikke et ekstra gode, men grunnleggende sykepleie for å ivareta hele mennesket.

1.2 Hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering har som mål å fremme god livskvalitet, sosial tilpasning, få pasienten tilbake i yrkeslivet- som er viktig i et samfunnsøkonomisk perspektiv -samt forebygge angst mot fysisk aktivitet. De som har gjennomgått hjertekirurgi eller et hjerteinfarkt er målgruppen for hjerterehabilitering. Hensikten er å hjelpe pasienten til å mestre egen sykdom, også å gjenopprette funksjonaliteten før infarkt. For å styrke pasienten til å klare dette brukes empowerment tenkning (Eikeland et al., 2016, s. 274).

Empowerment er sentralt når man snakker om helsefremming hos hjerterehabiliteringspasienten, gjennom empowerment tilrettelegger og styrker vi pasientens kapasitet til egeninnsats. Ofte defineres empowerment som en prosess der man

øker individets (-eller en gruppes) ressurser og bygger opp deres evne til å handle selv gjennom å styrke selvbildet og fokusere på styrker fremfor svakheter (Mittelmark et al., 2018, s. 32-33).

Fokus på mestring av sykdom, og stryke pasientenes innsats i hjerterehabilitering skal minke risikoen for nye infarkter. Har man først fått en hjertelidelse er dessverre re-innleggelsesraten høy, det positive er at hjertepasienter kan gjøre mye selv for å forhindre dette. Ved deltakelse i hjerterehabiliteringstilbudet kan man øke sin fysiske kapasitet, minske symptomer som brystmerter (angina), tungpust (dyspné) og depressive tanker. Samtidig ønsker man å forhindre ytterligere sykdom forårsaket av hjerteinfarkt, men også tilleggssykdommer som ofte er livsstilsrelatert. En del av hjerterehabiliteringen går dermed ut på livsstilsendring ved å øke fysisk aktivitet, fokus på kosthold og for de det gjelder røykeslutt og vektkontroll (Eikeland et al., 2016, s. 274).

Av hjerterehabiliteringens 3 faser starter den første allerede ved ankomst sykehus og innebærer tester av fysisk kapasitet, hjertekapasitet- informasjon og veiledning om hjertesykdom. Neste fase kommer etter behandling av den akutte tilstanden. Når fasen starter er individuelt basert på hvilken behandling pasienten har fått. Dette er opptreningsfasen der fokuset er på å bli trygg igjen i egen kropp. Veiledning om kost, aktivitet og livstil, samt psykososial støtte. Behandlingen foregår enten på sykehus, LMS (læring- og mestringssenter), i kommunehelsetjenesten eller ved rehabiliteringssenter. Den siste fasen kan kalles vedlikeholdsfasen, her skal pasienten klare seg selv. Nå er pasienten tilbake i en vanlig hverdag- og skal etterleve den nye livsstilen. Kontroll av medisin, symptomer og risikofaktorer foregår regelmessig på poliklinikk- ofte med årlig kontroll. Mange kommuner har i tillegg en langvarig oppfølging med motivasjon og støtte i grupper for de som trenger videre hjelp.

Sykepleiere er en viktig ressurs for pasienten gjennom alle fasene- og møter dem allerede i akutfasen. Gjennom veiledning, informasjon, støtte, motivasjon og styrke pasientens empowerment -kan vi gi dem et godt utgangspunkt for hjerterehabilitering og mestring av egen sykdom (Eikeland et al., 2016, s. 274-275).

En viktig ressurs for pasientens empowerment er økt health literacy. Der empowerment er prosessen og resultatet, er health literacy første steg mot prosessen. Health Literacy vil si forståelse av egen helse, kunnskap om medisin, sykdom og behandling. Hvilken informasjon man har, men også at budskapet er forstått- slik at man kan følge instruksjoner, veiledning og etterlevelse. Jo mer pasienten vet og forstår om egen helse- jo bedre rustet er den til å mestre hjerterehabiliteringen. Lav health literacy må sies å være en risikofaktor- mens høy derimot er en sterk ressurs for pasienten (Finsbråten, 2018, s. 94-102). Pasienters erfaringer fra hjerterehabilitering etter gjennomgått hjerteinfarkt kan gi oss nyttig informasjon om hvordan denne omveltningen i livet oppleves.

1.2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en sirkulasjonsforstyrrelse, som kan skade hjertet og i verste fall forårsake død. Når myokardcellene i hjertet ikke får nok oksygen som følge av for dårlig sirkulasjon- oppstår hjerteinfarkt. Arterien som hindrer oksygen å komme frem til hjertet er enten helt- eller delvis tilstoppet. Slik deles infarktene i 2 grupper- STEMI og NSTEMI. Når åren tettes til blir blodgjennomstrømningen dårligere og den delen av hjertet som trenger mest oksygen tar først skade. Skaden oppstår ved nekrose- som vil si at cellene dør. Det er i hjertets muskellag- myokardet oksygenbehovet er størst og derfor her skaden først oppstår. Cellene dør (nekrotiserer) etter hvor tett åren er- og hvor lenge det tar før behandling startes (Ørn & Brunvand, 2017, s. 168).

Er åren som forårsaker hjerteinfarkt delvis tett kalles infarkt NSTEMI (non stemi). Om åren er helt tett får vi det som kalles STEMI. Begge er behandlingskrevende og kan medføre varig skade på hjertemuskelen. Alvorlighetsgraden er vesentlig høyere ved STEMI med påfølgende forhøyet risikobilde (Ørn & Brunvand, 2017, s. 169). Når en av koronarårene er tett er det som følge av en trombe eller aterosklerose i åren. Aterosklerose kan man få av kjønn, alder og arv- men også av tilstander som diabetes og hypertensjon. Livsstilsfaktorer som kosthold, overvekt, stress og inaktivitet er forbundet med høy risiko for å utvikle aterosklerose (Ellingsen, 2016, s. 56-57).

Akuttbehandling innebærer trombolytisk behandling for å åpne åren, smertelindring, kvalmestillende og for noen utblokking av tett åre (PCI). Pasienter som gjennomgår

hjerterinfarkt har ikke bare behov for akutt hjelp- men også veiledning og undervisning om hvordan de kan forhindre nye episoder (Ørn & Brunvand, 2017, s. 171). Når pasienten er trygg, åren har blitt utblokket- eller åpnet ved trombolytisk behandling og faren er over- da begynner veien tilbake til hverdagen.

1.2.2 Callista Roys adaptasjonsmodell

En vesentlig del av hjerterehabiliteringen etter et hjerterinfarkt er å utvikle evne til å tilpasse seg endringer og mestre slike omveltninger. Således passer sykepleieteoretiker Callista Roy godt inn i hjerterehabiliteringen. Callista Roy er en sykepleieteoretiker som har utviklet en modell over sykepleien også kalt adaptasjonsmodellen eller adaptasjonsteori. Adaptasjon kan i betydningen Roy bruker også kalles tilpasning eller tilvenning. Hennes ideer om sykepleien går ut på 4 momenter som alle påvirker det syke mennesket. Det er; helse, mennesket, omgivelser og sykepleie som i en dynamisk livslang prosess påvirker hverandre. Sykepleieteorien til Roy har et helhetlig menneskesyn der de humanistiske verdiene står høyt. Adaptasjon – eller tilpasningsprosessen skal fremme sunnhet(god helse) og opprettholdelse- eller gjenvinning av fysisk funksjon. Sykepleieren skal støtte pasienten til å tilpasse seg situasjonen og til å komme seg gjennom den. Både helsefremming og forebygging er vesentlige aspekter ved sykepleierollen hos Roy. Pasienten skal oppleve mestring og tilpasse seg både indre og ytre miljøfaktorer i rekonvalensen. Sykepleieren skal fremme helse, livskvalitet og verdighet innen både de psykiske, fysiske og sosiale behovsområdene til pasienten. God helse og livskvalitet skal fremmes så lenge det er mulig- etter det blir det viktigste for sykepleieren å tilstrebe en verdig død (Roy, 2009, s. 48-50).

1.2.3 Sykepleie etikk og pasientrettigheter

Samspeillet med pasienten står sentralt i profesjonsetikken. Etikken forteller om ansvar, plikter og om hvordan vi skal oppføre oss i møte med pasienten. Det handler om den helhetlige sykepleien, der verdighet og pasientens integritet står overordnet. Sykepleie handler ikke bare om å ta vare på det syke mennesket, også sosiale og ekstensielle behov- som de fysiske og psykiske. Vi skal sørge for en meningsfull hverdag- selv fra sykesengen. Fremme opprettholdelse av god helse ved tilrettelegging, informasjon og veiledning. Det er vår plikt å informere - på en slik måte at pasienten forstår budskapet. Slik sikrer vi at pasienten kan ta de beste valgene for egen helse, behandling og rekonvalens. I tillegg til å

hjelpe det syke mennesket med rehabilitering, skal vi tilrettelegge for forebygging av sykdom og skade (Heggstad, 2018, s. 108-110). Pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1, §3-2) sier at pasienter skal involveres i behandlingen, delta i vurderinger og har rett på informasjon om sin sykdom. Bare slik kan pasienten være i stand til medvirkning basert på kunnskap og innsikt i egen situasjon. En aktiv og deltakende pasient vil fremme egen mestring og egenomsorg.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan pasienter opplever rehabiliteringsfasen etter hjerteinfarkt. Formålet er å se om vi kan arbeide bedre for å gi tilstrekkelig oppfølging av denne pasientgruppen. Eventuelt å identifisere barrierer som hindrer god hjerterehabilitering.

1.3.1 Problemstilling

Problemstilling: hvordan opplever pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt hjerterehabiliteringstilbudet etter utskrivelse fra sykehus?

1.3.2 Presisering og avgrensning

PICO (Thidemann, 2019. s. 82-85) er brukt for å formulere en god problemstilling. PICO står for population- hvem er jeg interessert i, intervention- hva er det jeg vil finne svar på, comparison- sammenligning av påstander og outcome- resultater av påstander. Slike skjemaer gir struktur og spisser problemformuleringen- og tydeliggjør hva man ønsker å finne svar på. For min del blir det kun brukt PIO da jeg ikke tar for meg flere argumenter i problemstillingen.

P- Pasient som har gjennomgått hjerteinfarkt og som skal ha hjerterehabiliteringstilbud i etterkant.

I- Hvordan opplever de hjerterehabiliteringstilbudet etter hjerteinfarkt.

C- (ikke relevant i denne problemstillingen).

O- Kan deres erfaringer lære oss noe vi kan ta med videre i behandlingen fremover?

Avgrensninger er studier med pasienter som takker nei til hjerterehabiliteringstilbud, samt studier fra rehabiliteringsfase 1 (akutfasen under sykehusoppholdet) og studier over fase 2 og 3 hos pasienter som gjennomfører hjerterehabilitering mer eller mindre på egenhånd hjemme.

Hovedfokus blir dermed litteraturstudier av artikler med pasienterfaringer fra organisert og strukturert tilbud, enten ved institusjon- eller som poliklinisk rehabilitering- med kurs og trim under veiledning i regi av læring- og mestringssenter, sykehus eller kommunehelsetjenesten. Studier som ser på pasienterfaringer fra fase 3- etterlevelsfasen hos de samme pasientene er også hensiktsmessig å inkludere. Altså studier med pasienter som takker ja til organisert tilbud i fase 2, og deres erfaringer i fase 3- etterlevelsfasen.

2 Metode

Metode; hvordan vi velger å gå frem for å oppnå et bestemt resultat, lære oss ny kunnskap eller innhente nødvendig informasjon for å løse et problem. Metoden kan være ulik for hver oppgave, å avhenger av svarene vi søker. Metoden skal hjelpe oss når vi samler inn kunnskapsstoff, den er som et verktøy (Dalland, 2017, s. 52-53). Jeg skal undersøke forskningslitteratur med pasienterfaringer fra hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt og trenger svar som sier noe om- og hvordan noe fungerer. Kvalitative data gir slike svar, de sier noe om hvordan ting oppleves av brukere av en tjeneste eller et tilbud. Det kan være intervju, gruppesamtaler, spørreskjema eller observasjoner (Dalland, 2017, s. 54-55). Kvalitative studier går smalt ut, har få deltakere- men går gjerne i dybden. Følelser, meninger, holdninger og erfaringer identifiseres. Ofte stiller forskningen spørsmål som «hvordan føltes», «hva betyr» og «hvordan foregår» (Thidemann, 2019, s. 76).

I oppgaven skal jeg ikke innhente data selv, men se på forskning utført av andre. Jeg skal dermed gjøre en litteraturstudie.

Litteraturstudie som metode å tar utgangspunkt i systematiske litteratursøk i hovedsakelig primærkilder. Utvalgskriteriene for søk skal være definert og vedlagt i oppgaven.

Problemstillingen skal være tydelig samtidig som formål med oppgaven, analyse og

gjennomgang av søk dokumenteres. Drøfting oppsummerer og samler funnene (Christoffersen et al., 2015, s. s.62-63). Litteraturstudien innhenter kunnskap gjennom å innhente litteratur, kritisk gå gjennom den og tilslutt resymere dataene. Stegene i prosessen skal ha systematisk tilnærming og gjennomgang (Thidemann, 2019, s. 77-78).

2.1 Litteratursøk -strategi og tabeller

Søkestrategien startet med innledende søk i Google Scholar, der fant jeg artikler til diskusjonen, og gode søkeord fra nøkkelordene i artiklene jeg leste. Gjennom pensumlesing om hjerteinfarkt, og sykepleie til hjerteinfarktpasienter fant jeg flere gode søkeord som jeg oversatte til engelsk. Etter innledende søk gikk jeg systematisk til verks i søkebasene Cochrane Library, Cinahl og Medline. Flere av artiklene fremkom i søk i flere databaser- men jeg syntes det ble mest oversiktlig å kun bruke Medline etterhvert. Medline er systematisk, logisk og brukervennlig. Lagring av søkehistorikkene har forenklet repetisjon av gode søk ved senere anledninger. Søkeprosessen tok mye tid men var veldig interessant- jeg har lest mange artikler og sammendrag.

Ofte måtte jeg lese både sammendrag og deler av artikkelen for å avgjøre om de var aktuelle. For å forstå budskapet i tekstene var det nødvendig å lese grundig- flere ganger. Kritisk gjennomgang for å se etter relevans, inkluderingskriterier og metode var nødvendig før utvelgelsen.

At artiklene følger IMRAD struktur gjør det enklere å identifisere budskapet og relevans for oppgaven (Thidemann, 2019, s. 66-67). Inklusjons- og eksklusjonskriterier er listet opp i tabell nummer 1.

Tabell 1 Kriterier

Inklusjonskriterier	Ekksklusjonskriterier
IMRAD struktur. Fulltekst artikkel. Utgitt siste 5 år. Voksne pasienter over 18 år, ingen øvre aldersgrense. Engelsk eller nordisk språk. Studier som ser på hjerteinfarktpasienter som har deltatt i tilbud om rehabilitering i fase 2.	Artikkel eldre enn 5 år. Barn og ungdom. Ikke- engelsk og eller nordisk språk. Studier vedrørende pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt- men ikke har deltatt i rehabiliteringstilbud.

2.1.1.1 Søk og søkeord

Ulike kombinasjoner av følgende ord ble brukt i systematiske søk;

Myocardial Infarction, Cardiac Rehabilitation, Sick Role, Rehabilitation Nursing, Treatment Outcome, Patient selection, Cardiovascular prevention programmes, Coronary heart disease, High-intensity interval exercise training, Lifestyle, Rehabilitation, Physical activity, Experience, Barrier, Participant, Cardiac rehabilitation initiation & Patient engagement.*

Artiklene i tabell 2 svarer til kriteriene for kvalitativ forskning (vedlegg 5). Sjekklistene fra CASP modellen (Critical Appraisal Skills Programme), fra Universitetet i Oxford er brukt for å sikre kvalitative forskningsartikler (CASP checklists, 2019). Oversiktsstudien er en metaanalyse med hensikt å integrere resultater fra flere studier med likt studiedesign for å trekke slutninger og gi troverdige og grundige resultater. Studiene gjennomgår strenge kriterier for deltakelse, det skal være like kriterier for at studiene kan sammenlignes og gi kvalitetsdata (Thidemann, 2019, s. 99-100). Jeg ønsker dermed å inkludere en slik oversiktsstudie i oppgaven for å gi tyngde til resultatene, den kan styrke funn fra de øvrige studiene. Tabell 2 viser forenklet søkehistorikk - utfyllende søkehistorikk er vedlagt i oppgaven tilslutt. Dette for å gjøre tabellen i tekst forenklet -som gir en bedre leseropplevelse.

Tabell 2 Søk artikkel 1-5.

Søkeord	Dato for søk	Antall treff	Brukt referanse	Database
(Myocardial infarction) and (Cardiac Rehabilitation or Rehabilitation) and (Patient or Patients) and (Experience)	05.03.21	8	(1) Simony, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R. (2017). It is not just a minor thing - a phenomenological-hermeneutic study of patients' experiences when afflicted by a minor heart attack and participating in cardiac rehabilitation. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 31, 232-240. https://dx.doi.org/10.1111/scs.12334	Medline
(Myocardial infarction) and (Cardiac Rehabilitation or Rehabilitation) and (Patient or Patients)	05.03.21	45	(2) Campkin, L. M., Boyd, J. M., & Campbell, D. J. T. (2017). Coronary artery disease patient perspectives on exercise participation. <i>Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention</i> , 37, 305-314. https://dx.doi.org/10.1097/HCR.000000000000195	Medline

(Coronary heart disease or Coronary Disease) and (Rehabilitation Centers or Cardiac Rehabilitation or Rehabilitation) and (Experience or Humans or Adult) and (Patients)	04.03.21	12	(3) Jokar, F., Yousefi, H., Yousefy, A., & Sadeghi, M. (2017). Begin again and continue with life: a qualitative study on the experiences of cardiac rehabilitation patients. <i>Journal of Nursing Research</i> , 25, 344-352. https://dx.doi.org/10.1097/JNR.0000000000000220	Medline
(Rehabilitation Centers or Cardiac Rehabilitation or Rehabilitation) and (Experience or Humans or Adult) and (Patients) and (Heart attack or Myocardial Infarction) and (Humans or Adult or Self effect)	04.03.21	180	(4) Back, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M. (2020). Perceptions of kinesiophobia in relation to physical activity and exercise after myocardial infarction: a qualitative study. <i>Physical Therapy</i> , 100, 2110-2119. https://dx.doi.org/10.1093/ptj/pzaa159 (5) Hanna, A., Yael, E. M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S., & Liora, O. (2020). ``it's up to me with a little support" - adherence after myocardial infarction: a qualitative study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 101, 103416. https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416	Medline

3 Resultater og analyse

Artikkelanalyse; hva sier egentlig artikkelen og hvordan er resultatene relevante for oppgaven. Svarer den på problemstillingen og hvordan kan den brukes i videre diskusjon og senere læring. Artiklene presenteres med matrise over hoveddata samt et sammendrag av funn.

3.1 Presentasjon av funn i artikkel 1

Tabell 3 Matrise artikkel 1.

Forfattere	Simony, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R.
Tittel	It is not just a minor thing - a phenomenological-hermeneutic study of patients' experiences when afflicted by a minor heart attack and participating in cardiac rehabilitation.
Publisert	2017.
Hensikt	Med hensikt å forbedre rehabiliteringen av pasienter som har hatt hovedsakelig mindre hjerteinfarkt – ser studien på erfaringer fra pasientperspektivet.
Metode	Fokusgruppe intervju og individuelle intervjuer, empirisk og kvalitativ.
Utvalg	11 pasienter.
Resultater	Pasientene opplevde situasjonen som krevende. Særlig aksept av sykdom og endret livssituasjon var utfordrende.
Relevans for oppgaven	Gir nyttige pasienterfaringer fra livsstilsendring og håndteringen av hjertesykdom under- og etter hjerterehabiliteringen.

Erfaringer viste at selve sykdommen kom som et sjokk, og at det preget hverdagen etterpå både fysisk, sosialt og mentalt. 3 hovedutfordringer ble identifisert; problemer med å akseptere sykdommen, ta inn over seg at livet endres og hvordan de skulle leve etterpå. Rehabiliteringstilbudet fikk deltakerne til å innse alvorligheten av sykdommen, mer kunnskap og dermed et mer realistisk syn på tilværelsen. Dette var viktig for å forstå nødvendigheten av endring i livsstil og at livet videre ville være annerledes og preget av sykdommen. Særlig pasienter som «bare» har gjennomgått et lite infarkt som NSTEMI hadde

mindre lyst til å delta i rehabilitering- men hadde ekstra nytte av tilbudet. De trodde ofte at et mindre infarkt var mindre alvorlig og bød på mindre konsekvenser for livet videre.

Pasientene opplevde tap av mening, glede og identitet. Endringene av evner i forhold til fysisk kapasitet, sosial deltakelse og mestring av sykdom forårsaket dette. Støtte fra fagfolk og erfaringsutveksling med likesinnede var viktig for håndteringen. Rehabiliteringsfasen var både nødvendig for forståelsen av sykdom, men også for mestringen av den. Den faglige støtten -samt fellesskapet med de andre pasientene ble trukket frem som avgjørende faktorer for mestring.

3.2 Presentasjon av funn i artikkel 2

Tabell 4 Matrise artikkel 2.

Forfattere	Campkin, L. M., Boyd, J. M., & Campbell, D. J. T.
Tittel	Coronary artery disease patient perspectives on exercise participation.
Publisert	2017.
Hensikt	Dette er en systematisk gjennomgang av tidligere kvalitative forskninger- i hensikt å finne resultater som ikke tidligere er presentert. Fokuset er å identifisere barrierer for deltakelse i rehabiliteringstilbud etter gjennomgått hjerteinfarkt. Studiene ser på pasientperspektivet fra trening etter hjertesykdom.
Metode	Litteraturstudie av kvalitativ forskning/ Systematisk gjennomgang/Metaanalyse.
Utvalg	13 studier.
Resultater	Rammene rundt rehabiliteringen er viktige for å tilrettelegge optimalt for deltakelse. Identifiserer også barrierer for deltakelse.
Relevans for oppgaven	En metaanalyse av kvalitative artikler som ser på pasienterfaringer fra hjerterehabilitering gir relevant kunnskap samt ekstra faglig tyngde med tanke på en omfattende og systematisk metode.

Barrierene ble identifisert og kategorisert i 3 grupper; egne, eksterne og kulturelle faktorer.

Egne- og eksterne faktorer har flere undergrupper- mens de kulturelle faktorene går på tvers

mellom gruppene. I gruppen over egne faktorer finnes kognitive, fysiske og emosjonelle barrierer. De fysiske kunne både være faktiske hindringer som følge hjertesykdommen- og følelsen av hindring, frykt for å utfordre seg fysisk. Emosjonelle barrierer var lav selvfølelse og egenverdi- at de ikke våget utfordre seg fysisk fordi de ikke trodde de kunne klare det. Bekymring for ytterligere sykdommer, komplikasjoner eller død bidro imidlertid til økt motivasjon for å delta i fysisk aktivitet. Den kognitive barrieren var å finne den faktoren som ikke bare vet at «man burde» - men å utløse selve handlingen. Å virkelig ville det selv, å føle kontroll over seg selv- sin egen leder, hadde positiv effekt for treningsdeltakelse- og for etterlevelsen.

Eksterne faktorer har underkategorier som pragmatiske- og sosiale faktorer. I den sosiale gruppen er stikkordene støtte, råd, press og avhengighet. Dette fra fagpersonell, familie, venner og andre bekjente. Å få støtte og veiledning raskt av enten helsepersonell eller omgangskrets var viktig for gjennomføringen av trening. Svar på for eksempel hvordan en øvelse skulle utføres umiddelbart gjorde at treningen ble utført. Fellesskaps følelsen ble også trukket frem, å gå tur sammen var motiverende. En utfordring kunne bli «avhengigheten» av oppmuntring og støtte disse pasientene kunne utvikle. Pragmatiske barrierer ble funnet i etterlevelsen. Under rehabilitering var alt tilrettelagt og tilpasset. Hjemme hadde andre rutiner og gjøremål en tendens til å sette til side treningen- om de ikke hadde klare rutiner for å gjennomføre aktiviteten. Unnskyldningen om andre «viktigere» ting som må prioriteres hjemme ble mye brukt.

Kulturelle faktorer gikk på tvers mellom egne- og eksterne barrierer. Her kom minoritetsgrupper, kjønn, miljø og språklige hinder frem. Miljøet fra oppveksten preget pasienter også i voksen alder, for noen er trening en egoistisk handling som ikke anerkjennes i familien eller vennekretsen. Særlig minoritetskvinner hadde på bakgrunn av kulturelle forhold vanskelig for å gjennomføre trening hjemme – etter rehabilitering.

3.3 Presentasjon av funn i artikkel 3

Tabell 5 Matrise artikkel 3.

Forfattere	Jokar, F., Yousefi, H., Yousefy, A., & Sadeghi, M.
Tittel	Begin again and continue with life: a qualitative study on the experiences of cardiac rehabilitation patients.
Publisert	2017
Hensikt	Hensikten med studien var å se på hva som utløser endring i adferd og livsstil. For å se på hvordan man kan gjøre rehabiliteringen enda bedre- og for enda flere. Ved å se på betydningen av disse endringene, kan man konkretisere rammene og gjøre målene ved rehabiliteringen enklere å oppnå- og klare å følge over tid.
Metode	Kvalitativ studie basert på intervjuer.
Utvalg	15 menn og 8 kvinner.
Resultater	For å oppnå ønsket adferdsendring er kognitive holdninger og livsverdier for pasienten viktige.
Relevans for oppgaven	Artikkelen er relevant da den sier noe om hvordan pasientene erfarer hjerterehabiliteringen, hva som fungerer- og hva som kan gjøres bedre. Særlig ser den på både hva som utløser endringer og hva som bidrar til varige endringer.

Fokus på å holde seg i live- og å begynne å leve igjen var utgangspunkt for intervjuene. Intervjuene ble foretatt mens pasienten var på rehabiliteringsopphold. Endring i mentale holdninger og verdier i livet fremsto som de viktigste for å endre handlingsmønster i livstilen. Tidlige psykososiale tiltak for å styrke pasientens tro, håp og motivasjon var vesentlig. Hjerterpasienter har stor risiko for å utvikle depresjon, stress og angst- motiverende intervju fra sykepleiere kunne ha forebyggende effekt på dette. Samtidig kunne det vekke en indre motivasjon som sammen med rehabiliteringen bidrar til å forenkle endringsprosessen. Flere av pasientene i studien følte de hadde fått «en sjanse til» i livet og så på det som en stor motivasjon. Når de selv opplevde å mestre sykdommen og ta kontrollen over egen helse

skapte de endringsvilje. Bevisstheten på de faglige aspektene ved hjertesykdom og egen anerkjennelse førte til denne mestringen.

Nøkkelen for å mestre overgangen fra rehabilitering til hverdagen hjemme var for disse pasientene å skape kontinuitet i oppgavene. Treningen måtte bli en naturlig del av hverdagen slik at de ikke droppet dette hjemme. Opplevelsen av at treningen virket mot symptomer var motiverende for å opprettholde kontinuiteten i treningen.

3.4 Presentasjon av funn i artikkel 4

Tabell 6 Matrise artikkel 4.

Forfattere	Bäck, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M.
Tittel	Perceptions of kinesiophobia in relation to physical activity and exercise after myocardial infarction: a qualitative study.
Publisert	2020.
Hensikt	Hensikten med studien var å se på pasientenes oppfatninger av frykt for fysisk aktivitet (kinesiofobi) etter hjerteinfarkt. Kinesiofobi er ifølge artikkelen en velkjent barriere for fysisk aktivitet under rehabilitering å dermed en viktig erfaring å se på fra pasientperspektivet.
Metode	Kvalitativ studie basert på intervjuer.
Utvalg	21 pasienter.
Resultater	Individuell tilpasning trengs for å støtte hver enkelt gjennom frykten. Kinesiofobi må tas på alvor under hjerterehabiliteringen. Nye behandlingsmetoder anbefales.
Relevans for oppgaven	Veldig relevant å ha med pasienterfaringer fra slike utfordringer, det gir viktig kunnskap til kompleksiteten rundt hjerterehabiliteringen.

Å takle frykt for bevegelse etter hjerteinfarkt ble delt inn i indre og ytre faktorer. De indre var ambivalens, usikkerhet, skepsis og unngåelse- ofte i ulike kombinasjoner. Ytre faktorer

var forutsetninger for å føle seg trygg, slektingers frykt for komplikasjoner, informasjon om sykdommen- samt selve treningsprogrammet i rehabiliteringen.

Håndtering av frykt påvirkes av indre og ytre faktorer. De viste seg at i møte med fysioterapeuter under rehabiliteringen, var pasientene ambivalente til å erkjenne frykten. Det var ekstra viktig at behandlere i en behandlingsrelasjon, arbeidet med individuell tilpasning av belastningsnivået. Ved å lytte til pasientens historie og identifisere frykten viste man hensyn. Tester av fysisk form, sammen med pasientens tilbakemeldinger underveis var nyttig i tilpasningen. Informasjon om treningens påvirkninger på kroppen og helsen, utvikling ved kontinuerlig evaluering av behandlingen virker positivt. Dette kan bidra mot målet om å motarbeide kinesiofobi, og dermed øke fysisk aktivitet og deltakelse i den treningsbaserte hjerterehabiliteringen.

25 % av pasientene hadde kinesiofobi i den akutte fasen, mens under rehabiliteringen var tallet 19% og i siste fase 4-6 måneder etter- økt til 21% igjen. Dette viser at det trengs mer forskning på dette for å forstå mekanismene som utløser kinesiofobi.

3.5 Presentasjon av funn i artikkel 5

Tabell 7 Matrise artikkel 5.

Forfattere	Hanna, A., Yael, E. M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S., & Liora, O.
Tittel	"It's up to me with a little support" - adherence after myocardial infarction: a qualitative study.
Publisert	2020.
Hensikt	Hensikt med studien var å se på aspekter ved den helserelevante etterlevelsen etter hjerteinfarkt, sett på fra pasientperspektivet.
Metode	Kvalitativ studie basert på intervjuer.
Utvalg	22 pasienter.

Resultater	Etterlevelse må forstås som en helhetlig prosess. Der både motivasjon, autonomi, individuell tilpasning og familien påvirker utfallet.
Relevans for oppgaven	Relevant for oppgaven da den omhandler hvilke faktorer som påvirker etterlevelsfasen som jeg ønsker å se på.

Faktorer for etterlevelse ble delt i 2 hovedkategorier med til sammen 6 underkategorier. Den aller viktigste for motivasjonen var selvbestemmelse og viljestyrke. Følelsen av egen kompetanse til å kunne tilpasse livsstilsendringer til hver og ens personlige behov og ønsker var viktig. Dette fremmet viljestyrke til å gjennomføre endringene. Eksterne- eller yrte faktorer som familiemedlemmer, ektefelle og helsepersonell påvirket mest. Disse styrket den indre motivasjonen – særlig ved å unngå paternalisme som kunne være negativt. Respekten til pasientens verdier, holdninger overfor pasienten, ivaretagelse av autonomi og omsorg bidro positivt. Helsepersonell som fokuserte på samarbeid og pasient medvirkning hadde langt bedre effekt enn de som formantet fagteori og instruksjoner til pasienten. Etterlevelse er komplekst og krever ikke bare teoretisk tilnærming men erfaringer med å motivere og støtte pasienter i praksis. Målet er å styrke egenomsorgen slik at pasienten selv kan styrke egen livskvalitet. Dette vil også kunne øke forventet levealder og samtidig være samfunnsøkonomisk gunstig om pasienten kommer tilbake i arbeid etter sykdom.

3.6 Ethiske vurderinger og sammendrag av resultater

Forskning innen helsefag og sykepleie har krav til etisk forsvarlighet. Forskningsetikken sier at forskeren skal respektere deltakeres autonomi og privatliv for å sikre at ingen påføres utlevering eller belastning som følge av deltakelse i studier (Christoffersen et al., 2015, s. 45). Samtlige studier er etisk vurdert. Metaanalysen er basert på tidligere studier med etiske vurderinger. Deltakere er spurt og har godkjent deltakelse og publisering, persondata er anonymisert og fremkommer ikke av resultatene. Kun 2 av artiklene har skrevet om den offisielle etiske godkjenningen i eget avsnitt- mens de øvrige har implementert egne etiske vurderinger under metode beskrivelsene. Det skal således ikke være noen etiske problemer med å inkludere artiklene i oppgaven.

Ser vi på resultatene fra analysen samlet har studiene identifisert flere felles faktorer og barrierer. Studien er fra ulike land, med kvinner og menn, er publisert med tidsspenn på 5 år og har noe ulikt rehabiliteringstilbud som utgangspunkt. På tross av ulikhetene- er resultatene samstemte. Om du er mann eller kvinne, bor i Israel eller Danmark- så opplever du sannsynligvis rehabiliteringsprosessen nokså likt. Hvordan du blir møtt- og ivaretatt under rehabiliteringen er avgjørende. Autonomi, medbestemmelse og individuelle tilpasninger synes viktig for gjennomføringen. For mange kunne barrierer som frykt og angst for smerter og nytt hjerteinfarkt gi utfordringer. Selvfølelse, støtte, indre motivasjon og samarbeidet på tvers mellom pasient, pårørende og helsepersonell ser ut til å være positivt for gjennomføring og etterlevelse.

Resultatene fra analysen danner grunnlag for den videre diskusjonen. Jeg delte funnene inn i 3 hovedgrupper; Positive pasienterfaringer, utfordringer og erfaringer fra etterlevelsfasen. Deretter trakk jeg ut de viktigste påstandene fra artiklene som jeg slo sammen til 5 påstander. Disse skrev jeg ned og gav fargekoder for å skille dem og samtidig kategorisere viktige funn i artiklene underveis i analysen. Jeg skrev ut artiklene og farget argumenter som støttet mine påstander etter fargekodene- slik hadde jeg hele tiden god kontroll og oversikt over funn i artiklene. Det var dermed enkelt å sammenligne og trekke paralleller mellom artiklene. Det var samtidig en kvalitetssikring av selve påstandene- da jeg var ferdig med «fargekodingen» var det tydelig at samtlige artikler inneholdt argumenter for alle påstandene- de er dermed både svært relevante og representative.

4 Diskusjon

Problemstilling; hvordan opplever pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt hjerterehabiliteringstilbudet etter utskrivelse fra sykehus? Ved hjelp av funn fra analysen, øvrig faglitteratur, pensum og egne erfaringer ønsker jeg å identifisere pasienterfaringer som kan implementeres i arbeidet for å gjøre hjerterehabiliteringen bedre, samt å få flere til å takke ja til hjerterehabilitering.

4.1 Autonomi og individuell tilpasning virker motiverende og gir selvtillit

Egenverd er den følelsesmessige vurderingen av oss selv, våre holdninger til egen verdi, positive og negative- påvirker vår evne til å gjennomføre endringer. Pasienter med negativt selvbilde har vanskelig for å motivere seg til trening og gjennomføringen av hjerterehabiliteringen for disse pasientene er utfordrende (Campkin et al., 2017, s. 8).

Helsepersonell må være spesielt oppmerksomme på tegn som frykt og usikkerhet. Ofte underrapporterte pasienter utfordringer ved treningen, evaluering og tester av den fysiske formen sammen med helsepersonell gav økt trygghet. Evaluering av behandlingsopplegget gav individuell tilpasning – som økte deltakelsen og gjennomføringen av hjerterehabiliteringen (Bäck et al, 2020, s. 1). Forståelig og individuell informasjon bidro til ekstra innsats i treningen. Gruppetrening - gjerne med jevnaldrende og trygghet på egne fysiske grenser, var positive faktorer pasientene trakk frem (Bäck et al, 2020, s. 6). Personsentrert kommunikasjon og avgjørelser tatt i samråd mellom pasient og helsepersonell dannet grunnlag for fruktbare relasjoner. Hjerterehabiliteringspasienten trenger både den profesjonelle veiledningen- men også den emosjonelle støtten for å gjennomføre (Bäck et al, 2020, s. 7).

Viktigheten av god kommunikasjon mellom pasient og veileder støttes av Røkenes og Hanssen (2017, s. 241-242). De sier mellommenneskelig kommunikasjon ikke bare omhandler informasjonsformidling- men også verdifremming. Dette kan være verdier som velvære, medmenneskelig kontakt, trygghet, selvfølelse, tillit og åpenhet. Ved å ivareta pasientens verdier styrker vi deres utvikling, mestring, selvtillit, læring og selvfølelse.

Egen tro på kompetanse til endring og gjennomføring, samt selvfølelse er nøkkelen til å fremme viljestyrke. Helsepersonells holdninger, respekt og ivaretagelse av autonomi blir sett på som viktig for pasientene (Hanna et al., 2020, s. 1). Helsepersonell som tilpasser individuelle opplegg i samarbeid med pasientene opplevdes positivt – i motsetning til å dikterte fagstoff og medisinske instruksjoner. Pasientenes indre motivasjon var langt bedre når de opplevde autonomi og økt egenkompetanse. Mange pasienter uttrykte behov for regelmessig faglig bistand, for både støtte og trygghet under treningen (Hanna et al., 2020, s. 2-3). Motivasjon utenfra var viktig, men ingenting var imidlertid sterkere enn deres egen frie

vilje til endring. Det måtte være deres eget valg -et valg om å ta ansvar for konsekvensene av livsstil.

Ved pasientdeltakelse og medvirkning håndhever vi autonomiprinsippet. Pasientens opplevelse av verdighet, respekt og egen påvirkning i behandlingen står sentralt i sykepleien (Heggstad, 2017, s. 35). Dette støttes av lovverket som sier at sykepleiere skal vise respekt for pasientens autonomi og medbestemmelse i sin utøvelse av yrket (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 2).

Pasienterfaringene tilsier at etterlevelse av livsstilsendring først skjer når de selv bestemmer seg for det av egen fri vilje. For å klare dette måtte de føle seg kompetente, og litt utfordret. De trengte et engasjement, gjerne skapt utenfra men som gjennomføres med en indre motivasjon. Det viste seg dessuten at hyggelige endringer var enklere å gjennomføre enn frarøvende endringer. Eksempelvis var det enklere å motivere seg til å gjøre mer av noe de likte- som trening hvis de hadde vært aktive tidligere. Verre var det å gi opp noe de hadde hatt sosial glede av, som tobakk eller god fet mat. Endringer de sterkt mislikte var vanskeligst å gjennomføre (Hanna et al., 2020, s. 5-6). Jeg ser empowerment og health literacy her som viktige verktøy for å hjelpe dem å gjenvinne kontrollen over eget liv.

Empowerment kan både være prosessen til å få kontroll, eller det kan være kontroll over ytre faktorer som igjen påvirker helsen. Helsepersonell overfører kontrollen (makten) fra seg selv til pasienten, dette er da empowerment (Finbråten, 2018, s. 99). Det er ikke vi som skal ha kontrollen over pasientenes helse – men pasienten.

De organiserte hjerterehabiliteringsoppleggene opplevdes som givende. Tilgangen til sykepleier, fysioterapeut og lege var med å trygge, samt gi treningen en organisert struktur som var enkel å forholde seg til. Relasjonene mellom deltakerne og veilederne virket motiverende, økte samholdet, fellesskapsfølelsen og nødvendig omsorg. Videre var den rutinemessige overvåkingen, tilpassede veiledningen og tilbakemeldingen fra eksperter viktig. Evaluering av fysisk helse og en personlig oppfølging var viktige aspekter som pasientene satte pris på. Dette gav dem trygghet og tillit til egen kompetanse (Hanna et al., 2020, s. 7-8).

Trygghet fremheves. Vi kan relatere oss til usikkerhetsfølelsen når vi skal gjøre noe nytt, eller noe vi ser på som vanskelig. Da er det godt med spesifikk informasjon – ikke om hvordan andre skal gjøre det, men om hvordan akkurat du skal gå frem for å mestre utfordringen. Hva er viktig for deg her og nå. Når man føler seg trygg, og er samme med andre- er de fleste utfordringer overkommelige.

4.2 Økt kunnskap om egen hjertesykdom og fellesskap med andre pasienter forenkler livsstilsendringen

Trening med andre pasienter, fysioterapeut, sykepleier og annet helsepersonell tilstede gav trygghet, økt motivasjon og høyere innsats (Campkin et al., 2017, s. 8-9). Å delta sammen med andre var verdifullt og gav en fellesskapsfølelse rundt det å være hjertesyk (Simony et al., 2017, s. 1 og 6). At trening sammen med andre er motiverende er naturlig. Innsats og ytelse er enklere å presse når man er sammen med andre, opplever jeg. Det trenger ikke være trening- men enhver arena som krever prestasjon.

Ny kunnskap om sammenhengen mellom helse og sykdom gav en realistisk forståelse av hjertesykdom. Undervisning gav pasientene større forståelse av alvorligheten. Dette var både krevende for de å innse- men svært nyttig for å forstå behovet for livsstilsendring (Simony et al., 2017, s. 6). Det var effektivt å se sin egen rolle både i forhold til kontrollen over eget liv- men også med tanke på fremdriften i hjerterehabiliteringen. Slik kunne de selv komme frem til egen påvirkning på helsen, tidligere erfaringer hjalp pasientene å forstå ting de burde unngå. Det kunne være handlinger som tidligere overspising eller valg av matvarer fra en buffet. Bevisstgjøringen og anerkjennelsen av egen rolle påvirket sunnere valg og større grad av kontroll (Jokar et al., 2017, s. 3-4). Økt kunnskap om egen sykdom er en viktig og sentral del av hjerterehabiliteringen, dette kan vi også forstå utfra sammenhengen mellom lav utdanning, lav helseforståelse og dårlig etterlevelse (Crowley et al., 2015, s. 1).

Å forstå sin rolle i egen helse var en endringsprosess. Kunnskap omkring hjertehelse og egen påvirkning forberedte pasientene på endring. Dermed var det enklere å akseptere livsstilsendringer, også andre endringer i livet var positivt. Flere hadde nytte av å endre andre ting enn kosthold og aktivitet. Det kunne være nytt interiør hjemme eller ny stil,

endringer generelt gav denne viktige kontrollfølelsen (Jokar et al., 2017, s. 8). Health literacy er sentralt for bevisstgjøringen av pasientene. Mer kompetanse og kunnskap om hvilke faktorer som påvirker helsen er nyttig, og fremmer egeninnsatsen (Finbråten, 2018, s. 98). Også verdens helseorganisasjon trekker frem health literacy som en viktig faktor i helsefremming for pasienter å kunne ivareta egen helse (WHO, 2018, s. 23). Både helsefremming og forebygging finner vi igjen i sykepleierollen hos teoretiker Callista Roy. Pasienten skal oppleve mestring og tilpasse seg både indre og ytre miljøfaktorer i behandlingen, som her er hjerterehabiliteringen (Roy, 2009, s. 49).

4.3 Angst for nytt hjerteinfarkt og frykt for bevegelse påvirker opptreningen

Mange hjerterehabiliteringspasienter erkjente frykt for å gjenoppta dagligdagse aktiviteter etter hjerteinfarkt, graden varierte imidlertid mye. Det kunne være frykt for symptomer generelt, eller for en uønsket hendelse eksempelvis under bilkjøring. Slike tanker opplevde pasienter som hemmende og påvirket både humør og lysten til å være aktiv i samme grad som før. Enkelte mistet både mening, glede og sosiale arenaer. Dette opplevdes begrensende, frarøvende og som at livet brått ble skrøpelig (Simony et al., 2017, s. 5).

Samtidig er det viktig å skille mellom faktiske fysiske begrensninger- og oppfatningen av dem. Mange pasienter refererte til fysiske plager som «en følelse» av angina i forbindelse med aktivitet. Det kunne imidlertid også være en forhåndsbekymring som «jeg er bekymret for hjertet mitt -og ønsker ikke å presse meg». Dette kunne resulterte i at de ikke ønsket å trene i frykt for å skade hjertet. Andre klarte å se at trening måtte til for å bli frisk og slik klarte å gjennomføre treningen. Kunnskap og bevissthet rundt egen helse, samt evnen til å ta kontrollen selv var avgjørende for de som lykkes med treningen (Campkin et al., 2017, s. 4-9). For pasienter kunne motivasjon for trening være symptomfrihet. Når de ble trygge de fysiologiske forutsetningene for å belaste hjertet, kunne de trene (Jokar et al., 2017, s. 6).

Imidlertid opplevde mange pasienter at frykten tok overhånd. De kunne utvikle kinesiofobifrykt for bevegelse, som er en velkjent utfordring for pasienter under hjerterehabilitering (Bäck et al., 2020, s. 1).

Kinesiofobi er i seg selv ingen diagnose i Norge, men kommer inn under «fobiene» under angstlidelser. F40.2 er diagnose for spesifikk fobi, der isolerte situasjoner (som trening) kan fremprovosere angst for legemsskade (Direktoratet for e-helse medisinske kodeverk ICD-10 (og 11), 2021). Akutt hjerteinfarkt kan gi traumatiske opplevelser som skaper kjedereaksjoner- som kan påvirke perspektiver og prioriteringer hos pasienten. Særlig angst for bevegelse preger pasientene under hjerterehabiliteringen. Når frykten tar overhånd kan katastrofetanker gjøre at de unngår å utsette seg for aktivitet. De negative konsekvensene kan bli en ond sirkel, der angst, depresjon og inaktivitet over tid- kan gi funksjonshemming og isolasjon (Bäck et al., 2020, s. 2). Angst og depresjon er dessverre en kjent utfordring for hjertepasienter. Både biologiske, kognitive og psykiske reaksjoner på stress påvirker. Hjerterehabiliteringen bør dermed ha fokus på stressmestring og sammenhengene mellom kropp og sinn- og særlig på de psykiske påkjenningene hjertesykdom kan medføre (Chauvet-Gelinier et al., 2017, s. 6).

Pasientene ville sjelden vedkjenne seg «frykt», men mente de var «forsiktige» og hadde «bekymringer». De hadde et ambivalent forhold til trening der de på en side ikke var redde, men samtidig veldig bekymret. De var mer følsomme og oppmerksom på egne kroppssignaler enn tidligere. Symptomene under aktivitet kunne for mange minne om episoden med hjerteinfarkt og kunne utløse frykt. Løsningen for mange var å redusere tempo, mengde, type aktivitet og ha tilstrekkelig pause mellom øktene. Mange ønsket å øke aktiviteten gradvis men var usikre på hvordan og trengte mye støtte (Bäck et al., 2020, s. 5). Her må sykepleiere være sitt ansvar bevisst og sørge for støtte til pasienten i deres adaptasjonsprosess (Roy, 2009, s. 48).

Dagligdagse aktiviteter som husarbeid, støvsuging eller bæring av handleposer kunne utløse frykt for symptomer eller hjerteinfarkt. Andre kunne anstrenge seg langt mer som å klatre, danse eller gå i motbakke før de kjente på frykt. For mange var eksponering og utfordring av egne grenser avgjørende og befriende (Bäck et al., 2020, s. 6).

Tilrettelagt og skriftlig informasjon fra sykehuset virket positivt og beroligende. Informasjonen måtte være informativ, oppmuntrende og på et alminnelig språk (Bäck et al., 2020, s. 7). Til sammenligning viser studier, at ved å endre ordlyden i invitasjonsbrevet -

deltar flere på hjerterehabilitering. Informasjon med fokus på ufarliggjøring og lav terskel for deltakelse, bidro til flere påmeldte (Mosleh et al., 2014, s. 9-10). Det ser ut som skriftlig informasjon kan være betryggende, dessuten kan den leses om igjen ved behov. De som opplever frykt trenger god og tydelig informasjon som kan ufarliggjøre problemstillinger som hindrer dem i å delta på hjerterehabilitering- tror jeg. Man bør også være oppmerksom på pasienter med lav sosial status, lite utdanning og dårlig health literacy. De har mindre sannsynlighet for å ta imot, lese, forstå og bruke slik informasjon til nytte for seg selv (Graversen et al., 2017, s. 7-8). Dette støttes av Røkenes og Hanssen (2017, s. 134) som sier pasienter med lav utdanning stiller mindre spørsmål, prater mindre og uttrykker sjeldnere egne meninger enn pasienter med høyere utdanningsnivå.

En hyperårvåkenhet var ofte tilstede hos hjerterehabiliteringspasientene med kinesiofobi. En ekstra følsomhet og «på vakt» over symptomer, smerter og ubehag preget flere. Dette kommer fra traumet under selve hjerteinfarkt. I ettertid blir de bekymret ved høy hjerterefrekvens eller blir kortpustet- slik man blir ved aktivitet. Dette gjør igjen at de ofte velger å unngå slike situasjoner og blir inaktive (Bäck et al., 2020, s. 7-8). Vi kan tenke oss at hyperårvåkenheten på en måte utløser kinesiofobien som en kjedereaksjon.

4.4 Sykepleierens holdninger påvirker pasientens motivasjon både på godt- og vondt

Under hjerterehabilitering er pasientens selvstendighet mer sårbar enn ellers, dermed må helsepersonell være ekstra oppmerksomme og støttende (Simony et al., 2017, s. 7).

Pasienter erfarte at nærhet og lav terskel for kontakt med helsepersonell var motiverende. Trening med helsepersonell gav trygghet- «i tilfelle noe skulle skje» tanker var dermed enklere å holde unna (Campkin et al., 2017, s. 8-9).

Psykososiale intervensjoner som å fremme håp, stryke og indre motivasjon hos pasienten – fremmet livsstilsendring. Motiverende intervju reduserte stress, gav håp og motivasjon (Jokar et al., 2017, s. 2). Støttende helsepersonell ble trukket frem som viktige for å finne håpet og fremme mestring (Jokar et al., 2017, s. 7). På den annen side erfarte pasienter helsepersonell som ikke gav tilstrekkelig informasjon- eller kommuniserte den tilfredsstillende. De opplevde hjerterehabiliteringen som stressende og fant opplegget lite tilpasset deres behov. Særlig kunne helsepersonells skremselspropaganda om risiko og

farlighet omkring hjertesykdom være demotiverende, skape frykt og ødelegge håpet. Pasienter med kroniske smerter (fra annen sykdom) opplevde dette i større grad enn andre. Helsepersonell bør være konsekvent når de gir informasjon om smerter og aktivitet (Bäck et al., 2020, s. 7-8). Dette støttes i de europeiske retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdommer i klinisk praksis fra 2016. Her nevnes empowerment som et viktig verktøy, samt positivitet og vennlig innstilling til pasienten. Dette vil gjøre sykdom enklere å håndtere og gir godt grunnlag for samarbeid. Individuell tilpasning til pasientens kunnskapsnivå, erfaringer og følelser i hverdagen er vesentlig. Realistiske mål er viktig, har pasienten tidligere hatt mislykkede forsøk på livsstilsendring bør det tas hensyn til ved å ha lave mål i starten. Tilslutt fremheves kommunikasjon som strategiske steg mot suksess. Rådgivingen bør være konsekvent, individuelt tilpasset og kombinere undervisning fra flere kategorier, som ernæring, fysiologi, medisin og rehabilitering (Piepoli et al., 2016, s. 28-29).

Helsepersonells holdninger til pasientens autonomi, respekt for verdier og holdninger trekkes frem av flere som viktig. Man bør unngå overbeskyttelse som kan oppleves nedlatende (Hanna et al., 2020, s. 1). En paternalistisk tilnærming står i sterk kontrast til empowerment. Sykepleieren som informerer «over» pasienten og ikke tar hensyn til pasientens innspill, erfaringer eller verdier blir sett på som paternalistisk. I empowerment er nettopp pasientens innspill, ressurser og løsninger sentrale i behandlingen (Gammersvik, 2018, s. 121-122). Pasienter uttrykte erfaringer med nedlatende holdninger fra helsepersonell. Dette var frustrerende, men kunne skape en motivasjon for «å vise dem». Å motbevise stereotypiske teorier om at de var late, kunne for enkelte gi motivasjon. Men oftest var slike utsagn og holdninger demotiverende. Den viktigste motivatoren var omsorgspersoner som respekterte deres verdier og forutsetninger. Dette fremfor å diktere medisinske instruksjoner som bare påvirket negativt. Konkrete mål, regelmessig og planlagt trening virket motiverende (Hanna et al., 2020, s. 7-8).

4.5 Kultur, rutiner og støtte fra familien påvirker etterlevelsen hjemme

Pasientene opplevde etterlevelsesfasen som en endret virkelighet, følelsen av mening og glede ble utfordret og opplevdes endret fra før hjerteinfarkt (Simony et al., 2017, s. 7).

Videre fant man både interne, kulturelle og eksterne faktorer som påvirket denne tiden- og kontinuiteten i treningen. Sosiale støtteverk virket like viktige som den indre pådriveren (Campkin et al., 2017, s. 1). Sosiale grupper kunne være fagfolk, jevnaldrende eller familie og venner. Disse bidro med råd, støtte, avhengighet og press- som påvirket både positivt og negativt. Støtten fra familie og jevnaldrende ble nevnt viktig for å gjennomføre trening hjemme. Det at noen ble med på trening var for mange helt avgjørende. På en annen side kunne dette bli en slags «avhengighet» av å ha noen med seg, som gav utfordringer. Både for pasienten som følte seg som en byrde- og for familiemedlemmer som følte de måtte «coache» pasientene (Campkin et al., 2017, s. 8).

Kulturelle aspekter påvirket treningen. Særlig kvinner fra minoritets grupper opplevde vanskeligheter med å bruke tid på seg selv, å sette egne behov foran familien var egoistisk. Det var ofte lav aksept eller vane for å drive med organisert trening innad i minoritetsmiljøene. Offentlige svømmehaller der kvinner og menn svømmer sammen, kunne være en barriere. Treningssenter er heller ikke tilrettelagt for de ønsker å trene med eget kjønn. Helsepersonell trenger tverrkulturell kompetanse i møte med minoritetsgrupper, utfordringer i kommunikasjon og samhandling mellom fagfolk og pasient oppstår ofte (Campkin et al., 2017, s. 7-9). Dette er en anledning til å bli kjent med ny kultur, mer enn et problem. Bli kjent med pasienten og deres kulturelle oppfatninger av eksempelvis trening og kosthold tror jeg er lærerikt og nyttig. Ved å utvide vår kulturforståelse kan vi unngå misforståelser, samt belastende og unødvendig stereotyping (Røkenes & Hanssen, 2017, s. 198-199).

Flere hadde språklige utfordringer, som å forstå informasjonen fra hjerterehabiliteringen. Også i hverdagen for å danne sosiale nettverk med andre i sammen situasjon (Campkin et al., 2017, s. 9). Sosiale nettverk er viktig for utviklingen av den sosiale prosessen ved en livsstilsendring. Prosessen styres ikke bare av pasienten selv men også av konteksten der endringen skjer, dermed kan et fellesskap være styrkende. Interaksjoner mellom pasienter, miljø og livsstil viser kompleksiteten i valgene man tar for egen helse, målet med hjerterehabilitering er å tilrettelegge for endring av en negativ livstil (Jokar et al., 2017, s. 3).

Verdens helseorganisasjon har i sitt Ottawa charter vedtatt 5 satsingsområder for å sikre helsefremming i befolkningen, ett omhandler nettopp å etablere et støttende miljø. Dette fordi forholdet mellom mennesker og miljø har positiv innvirkning på helsen. For å skape et slikt miljø må man ta hensyn til kulturelle verdier, fysiske omgivelser, sosiale normer- samt politiske og økonomiske rammer. Slike miljøer kan være hjemme, på arbeidsplassen eller i et lokalsamfunn- der mennesker lever (WHO, 1986, S. 2-3).

Pasientene beskrev ulike forutsetninger for å føle seg trygge som nitroglyserinspray, mobiltelefon eller familie. I sterk motsetning opplevde enkelte negativ påvirkning fra slektninger som kunne ha mer angst for sykdommen -enn pasienten selv. De kunne gi råd om å unngå aktiviteter, irettesette om de hadde gjort «for mye» eller generelt påføre usikkerhet og frustrasjon hos pasientene. Medieoppslag om plutselige og uventede hjertestans under idrettsarrangement ble oppfattet som en advarsel mot å trene for hardt (Jokar et al., 2017, s. 7). Negativ påvirkning fra i form av overbeskyttelse støttes av flere studier (Hanna et al., 2020, s. 2). For å unngå negativ påvirkning fra familiemedlemmer er det viktig at de inkluderes i informasjon om helse, livsstil og sykdom. Slik kan de forstå viktigheten av emosjonell støtte, lære seg å veilede og motivere pasienten til fysisk aktivitet hjemme (Jokar et al., 2017, s. 8). Sykepleiere bør fokusere på empowerment hos pasienten, mens både pasient og pårørende trenger økt health literacy. Særlig ektefelle som bor og lever sammen trenger forståelse av god helse og livsstilsendringer mener jeg.

Videre var det en styrke og ekstra drivkraft om ektefellen deltok i livsstilsendringen. Dessverre hadde aleneboende dårligere håndtering av medisiner, lavere motivasjon for kostholdsending og trening (Hanna et al., 2020, s. 2). Gode familierelasjoner, strukturerte hverdagsrutiner var en viktig forutsetning for etterlevelse og kontinuitet i treningen (Hanna et al., 2020, s. 8). Pasienter som innså at hjerterehabiliteringen måtte videreføres hjemme hadde best etterlevelse. Overgangen til hverdagen innebar for dem å videreføre de gode rutinene fra hjerterehabiliteringen; treningen, kostholdet og livsstilen (Jokar et al., 2017, s. 6). Også Callista Roy trekker inn de sosiale gruppenes påvirkning på tilpasningsprosessen til pasienten. Familiene er en viktig sosial gruppe- sammen med andre pasienter i samme situasjon. Forventningene man har til hverandre i en gruppe, støtten og solidariteten er

viktige støttebrikker for å gjennomføre tilpasningen til den nye hverdagen (Roy, 2009, s. 460-462).

5 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Pasientenes erfaringer fra hjerterehabiliteringen viser at individuell tilpasning, trygghet, medbestemmelse og motiverende støtte er vesentlig. At noen ser dem der de er, og veileder dem gjennom endringsprosessen motiverer. Respekt for individet og kompleksiteten i hvert enkelt sykdomsforløp er viktig. Informasjon og trygghet gir sammen den essensielle kontrollen. Å få tilbake kontrollen i eget liv er vesentlig og gir grunnlag for å mestre den nye hverdagen. Informasjon omkring sykdom og livsstil må gis for å øke helsekompetansen både hos pasienten, og hos den nærmeste familien. Tilpasset informasjon både skriftlig og muntlig forenkler forståelsen av budskapet. Språklige barrierer, kulturelle faktorer og sosial status påvirker deltakelsen og må tas ekstra hensyn til. Pasienterfaringene viste i all hovedsak at hjerterehabilitering er en positiv opplevelse som gav kompetanse for å kunne leve godt- også etter hjerterehabiliteringen. Positive pasienterfaringer kan motivere til deltakelse og bør være tilgjengelig for nye hjertepasienter.

6 Referanser

- Aamot, I., Karlsen, T., Dalen, H., & Støylen, A. (2015). Long-term Exercise Adherence After High-intensity Interval Training in Cardiac Rehabilitation: A Randomized Study. *Physiotherapy Research International*, 21(1), 54-64. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/pri.1619>
- Arnesen, E. (2014, 20. oktober). Sunn livsstil kan forebygge 4 av 5 hjerteinfarkt. *Landsforeningen for hjerte og lungesykdom (Ihl)*. [Sunn livsstil kan forebygge fire av fem hjerteinfarkt | LHL](#)
- Bäck, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M. (2020). Perceptions of kinesiophobia in relation to physical activity and exercise after myocardial infarction: a qualitative study. *Physical Therapy*, 100, 2110-2119. <https://dx.doi.org/10.1093/ptj/pzaa159>
- Boge, M. H. (2018). Samhandlingsreformen og rehabilitering. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 71-85). Fagbokforlaget.
- Campkin, L. M., Boyd, J. M., & Campbell, D. J. T. (2017). Coronary artery disease patient perspectives on exercise participation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 37, 305-314. <https://dx.doi.org/10.1097/HCR.000000000000195>
- Chauvet-Gelinier, J. C., & Bonin, B. (2017). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 60(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.09.002>
- Christoffersen, L., Johannessen A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Critical Appraisal Skills Programme (2019). CASP (Qualitative checklist). Hentet 23. Mars, 2021. [CASP-Qualitative-Checklist-2018 fillable form.pdf \(b-cdn.net\)](#)

- Crowley, M. J., Zullig, L. L., Shah, B. R., Shaw, R. J., Lindquist, J. H., Peterson, E. D., & Bosworth, H. B. (2015). Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. *Journal of general internal medicine*, 30(1), 83–90. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s11606-014-3072-x>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal.
- Direktoratet for e- helse medisinske kodeverk. (2021, 01. januar). *F40.2 Spesifikke (isolerte) fobier*. [FinnKode - Direktoratet for e-helse medisinske kodeverk - ICD-10, NCMP, NCSP, ICPC-2, BUP, ICF-CY](#)
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 229-280). Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, T.L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.54-93). Cappelen Damm Akademisk.
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 86-110). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2019a, 18. juni). *Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018*. [Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2018 - FHI](#)
- Folkehelseinstituttet. (2019b, 11. desember). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*. [Helseeffekter av fysisk aktivitet - FHI](#)
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (LOV-2005-04-01-15-§3-2). Lovdata. [Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning - Lovdata](#)

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 112-134). Fagbokforlaget.

Graversen, C. B., Eichhorst, R., Ravn, L., Christiansen, S., Johansen, M. B., & Larsen, M. L. (2017). Social inequality and barriers to cardiac rehabilitation in the rehab-North register. *Scandinavian cardiovascular journal : SCJ*, 51(6), 316–322.
<https://doi.org/10.1080/14017431.2017.1385838>

Hanna, A., Yael, E. M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S., & Liora, O. (2020). "it's up to me with a little support" - adherence after myocardial infarction: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103416.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>

Heggestad, A. K. T. (2017). Verdighet som fenomen i sykepleien. I K. A. T. Heggestad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 23-39). Cappelen Damm.

Heggestad, A. K. T. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Samlaget.

Helsedirektoratet. (2020, 17. september). *Hjerteinfarkt- overlevelse 30 dager etter innleggelse*. [Hjerteinfarkt - overlevelse 30 dager etter innleggelse - Helsedirektoratet](#)

Jensen, K. T., & Knutstad, U. (2019). Slik har sykepleieforskningen utviklet seg. *Sykepleien Forskning* 2019;14(75607):(e-75607). Doi: 10.4220/Sykepleief.2019.75607 [Slik har sykepleieforskningen utviklet seg \(sykepleien.no\)](#)

Jokar, F., Yousefi, H., Yousefy, A., & Sadeghi, M. (2017). Begin again and continue with life: a qualitative study on the experiences of cardiac rehabilitation patients. *Journal of Nursing Research*, 25, 344-352. <https://dx.doi.org/10.1097/JNR.0000000000000220>

- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2018). (H. B. Urke Overs.). Helsefremmende arbeid- ideologier og begreper. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 14-36). Fagbokforlaget.
- Moreira, J. B. N., Wohlwend, M., & Wisloff, U. (2020). Exercise and cardiac health: physiological and molecular insights. *Nature Metabolism*, 2, 829-839.
<https://dx.doi.org/10.1038/s42255-020-0262-1>
- Mosleh, S. M., Bond, C. M., Lee, A. J., Kiger, A., & Campbell, N. C. (2014). Effectiveness of theory-based invitations to improve attendance at cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 13, Issue 3, 1 June 2014, Pages 201–210, <https://doi.org/10.1177/1474515113491348>
- Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU). (2021, 12. april). *Cardiac exercise research group* [Om gruppen – CERG - NTNU](#)
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 17-39). Gyldendal akademisk.
- Olsen, S. J., Schirmer, H., Bonna, K. H., & Hanssen, T. A. (2018). Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17, 273-279.
<https://dx.doi.org/10.1177/1474515117737766>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M. T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F., Løchen, M. L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., & Richter, D. J., ESC

- Scientific Document Group (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*, 37(29), 2315–2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Rognmo, Ø., Brønstad, E., Lange, C., Vesterbekkmo, E. K., Revdal, A., & Aamot, I. L. (2018). Trening som medisin. Tidsskriftet Den Norske Legeforening 2018. Doi: 10.4045/tidsske.17.1033. [Trening som medisin | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://doi.org/10.4045/tidsske.17.1033)
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. (3. Utg.). Pearson education.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.- H. (2017). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Skaug, E.-A. (2016). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2- Grunnleggende behov*. (3. utg., s. 313-346). Gyldendal akademisk.
- Simony, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R. (2017). It is not just a minor thing - a phenomenological-hermeneutic study of patients' experiences when afflicted by a minor heart attack and participating in cardiac rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 232-240. <https://dx.doi.org/10.1111/scs.12334>
- St. Olavs hospital. (2018, 29. Juni). *Trenger en nasjonal standard for hjerterehabilitering*. [Trenger en nasjonal standard for hjerterehabilitering - St. Olavs hospital](#)
- St. Olavs hospital. (2019a, 29. mars). *Langt liv etter god hjerterehabilitering*. [Langt liv etter god hjerterehabilitering - St. Olavs hospital](#)

St. Olavs hospital. (2019b, 21. august). *Sterk anbefaling om trening ved hjerte- og karsykdom*. [Sterk anbefaling om trening ved hjerte- og karsykdom - St. Olavs hospital](#)

St. Olavs hospital. (2020, 05. mai). Nasjonal kompetansetjeneste trening som medisin. [Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin - St. Olavs hospital](#)

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (4. utg.) Universitetsforlaget.

WHO (world health organization) (2017, 17. mai). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [Cardiovascular diseases \(CVDs\) \(who.int\)](#)

WHO (world health organization) (2018). *Promoting health. Guide to national implementation of the Shanghai Declaration*. [WHO-NMH-PND-18.2-eng.pdf;jsessionid=2DA0552569BBCA6BAE948FB43CE9EEA4](#)

WHO (world health organization) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. [Ottawa Charter for Health Promotion \(who.int\)](#)

Ørn, S., & Brunvand, L. (2017). Hjerte og karsykdommer. I S. Ørn, & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. Utg., s. 161-200). Gyldendal akademisk.

7 Vedlegg 1 - Søkehistorikk artikkel 1.

Dato for søk	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Brukte referanser
05.03.21	1 Myocardial infarction.mp. or Myocardial Infarction/	Medline	251686		
05.03.21	2 Cardiac Rehabilitation/ or Rehabilitation/ or rehabilitation.mp.	Medline	329218		
05.03.21	3 Patient.mp. or Patients/	Medline	2858108		
05.03.21	4 Experience.mp.	Medline	694178		
05.03.21	1 and 2 and 4	Medline	241		
05.03.21	1 and 2 and 4 + 2017	Medline	8	6	1

8 Vedlegg 2 - Søkehistorikk artikkel 2.

Dato for søk	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Brukte referanser
05.03.21	1 Myocardial infarction.mp. or Myocardial Infarction/	Medline	251686		
05.03.21	2 Cardiac Rehabilitation/ or Rehabilitation/ or rehabilitation.mp.	Medline	329218		
05.03.21	3 Patient.mp. or Patients/	Medline	2858108		
05.03.21	1 and 2 and 3	Medline	1866		
05.03.21	1 and 2 and 3 + 2017	Medline	45	7	1

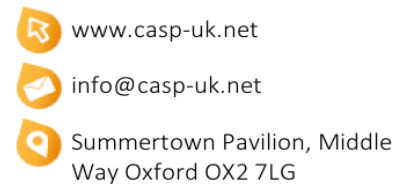
9 Vedlegg 3 - Søkehistorikk artikkel 3.

Dato for søk	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Brukte referanser
04.03.21	1 Coronary heart disease.mp. or Coronary Disease/	Medline	157874		
04.03.21	2 Rehabilitation Centers/ or Cardiac Rehabilitation/ or Rehabilitation/ or rehabilitation.mp.	Medline	329218		
04.03.21	3 Experience.mp. or Humans/ or Adult/	Medline	19222519		
04.03.21	4 Patients.mp. or Patients/	Medline	6126214		
04.03.21	1 and 2 and 3 and 4	Medline	2150		
04.03.21	1 and 2 and 3 and 4 + Engelsk språk + 2017- 2021	Medline	160		
04.03.21	1 and 2 and 3 and 4 + Engelsk språk + 2017- 2021 + full tekst tilgjengelig	Medline	12	9	1

10 Vedlegg 4 - Søkehistorikk artikkel 4 og 5.

Dato for søk	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Brukte referanser
04.03.21	1 Rehabilitation Centers/ or Cardiac Rehabilitation/ or Rehabilitation/ or rehabilitation.mp.	Medline	329218		
04.03.21	2 Experience.mp. or Humans/ or Adult/	Medline	19222519		
04.03.21	3 Patients.mp. or Patients/	Medline	6126214		
04.03.21	4 Heart attack.mp. or Myocardial Infarction/	Medline	170858		
04.03.21	5 Humans/ or Adult/ or self effect.mp.	Medline	19073738		
04.03.21	1 and 2 and 3 and 4 and 5	Medline	3194		
04.03.21	1 and 2 and 3 and 4 and 5 + engelsk språk + 2017-2021	Medline	180	15	2

11 Vedlegg 5- Kvalitativ sjekklister felles vurdering for artikkel 1-5



- **CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research
How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

- For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: Alle artiklene har en klar hensikt med tydelige mål og er relevante.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Studiene har til hensikt å belyse erfaringer, opplevelser og hvordan noe fungerer. Kvalitativ metode er dermed hensiktsmessig.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Det fremkommer hvorfor de valgte kvalitativ forskning men finner ikke tydelig beskrevet at de har diskutert andre metoder.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Det varierer hvor mye informasjon vi får om hver enkelt deltaker, men de fleste studiene har med både kvinner og menn og i ulike aldre, livssituasjon og sivilstatus. Studien har beskrevet kriterier for implementering – det fremkommer også i flere av studiene at deltakere har blitt ekskludert både på forhånd og underveis- med begrunnelse på dette.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Intervju fremkommer som den viktigste kilden til data i samtlige artikler. Det varierer med individuelle og gruppe intervjuer. Metaanalysen ser på intervju i eldre studier. Det forklares tydelig hvordan intervjuene er gjennomført og hvordan de har analysert data i etterkant.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Fremkommer ikke at dette har vært en stor problemstilling. De har imidlertid vært bevisste på påvirkning fra andre under gruppe intervjuer, hvordan de har formulert spørsmålene i intervjuene er også nevnt som en bevisst og gjennomtenkt handling.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Etiske vurderinger er tatt, alle deltakere er informert og har gitt samtykke til deltakelse. All data er anonymisert. Kun 2 artikler nevner godkjenning fra etisk komité i selve artikkelen.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Analysen er grundig beskrevet der funnene er trinnvis identifisert og kategorisert.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Artikkelen presenterer funnene godt, de trekker inn argumenter utenfra som støtter opp om funnene. Diskusjonene er preget av for- og mot argumenter og satt opp mot sin opprinnelige hensikt med studien.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Ja- funnene fra artiklene er relevante og viktige for meg i min oppgave. De forteller meg om pasienterfaringer, hvordan pasienter opplever hjerterehabilitering, hva som fungerer bra, og hva som ikke fungerer. Utfordringer og barrierer for deltakelse identifiseres også.