



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	236
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7888
----------------------	------

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:	102
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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Opplevelse av livskvalitet etter
implanterbar hjertestarter (ICD)

Experience of quality of life after an
Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD)

Kandidatnummer: 236

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 12. 05. 2023

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

Abstract

Background: Implantable Cardioverter defibrillator (ICD) is a secondary prophylaxis of heart disease that has improved survival and increased life expectancy in patients after heart disease. The ICD function is to monitor the heart rhythm and treat potentially lethal heart arrhythmias by antitachycardia pacing or high-voltage shock delivery. Although most patients experience improved quality of life after implantation, a considerable proportion of patients with ICD express difficulties with psychological adaptation, reduced quality of life, depression and anxiety symptoms. European ICD guidelines recommend more attention on quality of life after implantation. What affects quality of life, which interventions may improve quality of life and what kind of nursing care the patients need are less known.

Method: I searched UptoDate, PubMed, MEDLINE, Cochrane Library and CINAHL in December 2022 for relevant studies that investigated important factors for the perception of quality of life in patients with ICD after implantation. Published scientific literature, legal provisions and ethical guidelines for nurses have been used to answer the research question.

Results: After the literature search five articles were included and all had different types of study designs. Factors that affect quality of life in patients with ICD as secondary prophylaxis one year after surgery are: acceptance and adaptation time to the ICD, information and educational services, stress and crisis reactions in the follow-up time, emotional support and holistic care.

Conclusion: ICD patients need help with acceptance and adaptation to the unit, they need information and education, help with stress and crisis management in the follow-up, as well as emotional support and holistic care. By addressing these factors, nurses can help improve the quality of life in this patient group. When nurses understand the patient's mental reactions based on where they are in the crisis

phase, we can further design a healthcare service based on information and experience. There is a limited time in the encounter with this patient group, which makes it challenging for nurses to meet their needs and wishes. One approach that can be used is the didactical relationship model. We can apply this knowledge to help patients cope and adapt to their illness. There is a need for further research on the effect of the interventions and whether these factors are equally important for the perception of quality of life irrespective of gender, age, social and social conditions.

Keywords: Implantable Cardioverter defibrillator, Quality of life, ICD

Innholdsfortegnelse

Oversikt over tabeller og figurer	III
1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt.....	3
1.1.1 Begrunnelse for valg av tema/problemstilling.....	3
1.1.2 Problemstilling.....	4
1.1.3 Avgrensning av oppgaven.....	4
1.2 Begrepsavklaring.....	5
1.2.1 Implantert hjertestarter.....	5
1.2.2 Livskvalitet.....	5
1.2.3 Pasient.....	6
2.0 Teori	7
2.1 Livskvalitet.....	7
2.1.1 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	7
2.2 Krise.....	7
2.3 Mestring.....	9
2.4 Trygghet.....	10
2.5 Empowerment.....	11
2.6 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	11
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode.....	13
3.2 Søkeprosess.....	13
3.2.1 PICO.....	13
3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	14
3.2.3 Valg av databaser.....	15
3.2.4 Litteratursøk.....	15
3.2.5 Kritisk vurdering og etiske vurderinger.....	16
3.2.6 Analyse og syntese.....	17
3.3 Metodens styrker og svakheter.....	17
4.0 Resultater	18
4.1 Livskvalitet påvirkes i akseptering- og tilpasning tiden til ICD.....	18
4.2 Informasjon og undervisning er viktig for å styrke pasientens livskvalitet.....	19
4.3 Stress og krisereaksjoner i oppfølgingstiden påvirker livskvalitet.....	20
4.4 Emosjonell støtte og helhetlig omsorg bidrar til økt livskvalitet.....	20
5.0 Diskusjon	22
5.1 Livskvalitet påvirkes i akseptering- og tilpasning tiden til ICD.....	22

5.2 Informasjon og undervisning er viktig for å styrke pasientens livskvalitet.....	24
5.3 Stress og krisereaksjoner i oppfølgingstiden påvirker livskvalitet.....	26
5.4 Emosjonell støtte og helhetlig omsorg bidrar til økt livskvalitet.....	28
5.5 Metodediskusjon.....	30
6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis	31
7.0 Referanseliste	32
8.0 Vedlegg	37
8.1 Vedlegg I - Søkehistorikk	37
8.2 Vedlegg II - Litteraturmatrise	40
8.2.1 Matrise artikkel A.....	40
8.2.2 Matrise artikkel B.....	42
8.2.3 Matrise artikkel C	44
8.2.4 Matrise artikkel D.....	46
8.2.5 Matrise artikkel E	48
8.2.6 Matrise artikkel F	50

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell I - Psykiske reaksjon faser ved alvorlig sykdom

Tabell II - PICO skjema

Tabell III - Inklusjons og eksklusjonskriterier

Figur 2.3.1 - Modell for mestring og tilpasning til somatisk sykdom

Figur 2.3.2 - Intervensjoner for å ivareta psykososiale behov ved kritisk sykdom

Figur 2.6.1 - Den didaktiske relasjonsmodell

1.0 Innledning

Hjerte forbindes med selve livet, og sykdom i dette organet vil gjerne assosieres med tap av liv. Iskemisk hjertesykdom er årsak til 16 % av alle dødsfall i verden i 2020 (World Health Organization [WHO], u.å.). En av fem i Norges befolkning i 2020 fikk forebyggende behandling eller lever med hjerte og karsykdommer (Ariansen et al., 2021). Det gjør at sannsynligheten for å møte pasienter med hjerte- og karsykdom eller som har risikofaktorer for å utvikle sykdom, er stor uavhengig av hvor i helsevesenet sykepleieren arbeider. Sykepleiere har en utvidende funksjon i behandlingen og rehabilitering av pasienter med hjertesykdom enn tidligere, mens leger nå har en mer veiledende rolle. Sykepleiernes rehabiliterende funksjon omhandler å gi støtte, øke mestringsfølelsen og livskvaliteten til pasienter med hjertesykdom (Stubberud, 2022, s. 30).

Behandlingen innenfor det hjertemedisinske feltet har hatt en betydelig utvikling siden 1970- tallet. Det har ført til at flere overlever hjertestans, men også at flere lever med konsekvensene av hjertestans og økt risiko for nye infarkter (Kvåle, 2022). Hjerterinfarkt kan oppleves som overveldende og truende og skape angst og utrygghet med bekymringer for fremtiden. Overlevende etter hjertestans trenger tid til å akseptere sin nye situasjon og rolle som syk. Pasienter med akutt hjertesykdom har stor risiko for å utvikle depresjon av ulik alvorlighetsgrad. Symptomer på depresjon er vist å gi dårligere prognose, redusert tilpasningsevne og nedsatt livskvalitet (Stubberud, 2022, s. 171, 385).

Når pasientens tilstand er stabil, har sykepleiere ansvar for å fremme egenomsorg slik at forverring eller tilbakefall kan forebygges. Dette er et sentralt mål for hjerterehabilitering (Stubberud, 2022, s.489). Helsetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient der det legges stor vekt på hva pasienten mener og ønsker om helsetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1). Hvordan sykepleiere ivaretar pasientens brukermedvirkning og psykososiale behov kan ha

betydning for hvordan de mestrer situasjonen i etterkant. Normale psykologiske reaksjoner ved sykdom kan utvikle seg til varige psykiske problemer, redusert funksjonsevne og overforbruk av helsetjenester. Likevel blir ikke den psykososiale støtten fokusert på før pasienten er skrevet ut fra sykehuset (Stubberud, 2022, s. 213, 377-379).

Bedre sekundærprofylakse etter hjertestans/infarkt har økt levealderen for pasienter med hjerte- og karsykdommer. Implantert hjertestarter (ICD) er en type sekundærprofylakse. Det er en økning i befolkningen fra 2004 til 2020 som fikk ICD. I 2020 fikk 971 personer en implantasjon av ICD og 324 foretok generatorbytte (Platou & Steen, 2021). De fleste pasientene som mottar en implantasjon rapporterer bedre livskvalitet, men de har likevel et stort behov for oppfølging og sosial støtte i lang tid (Stubberud, 2022, s. 286).

Årsaken til at pasienter mottar en ICD sekundærprofylaktisk er overlevd hjertestans/infarkt. Det er i senere tid satt mer fokus på hvordan det er å leve med hjertestartere og psykososiale behov denne pasientgruppen har. Prognosen for diagnosen har stor betydning. Det viser seg at flere utvikler angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse i etterkant av gjenopplevd hjertestans og hjerteinfarkt (Flagtvedt & Norekvål, 2019). 60% av flimmer pasientene opplever nedsatt livskvalitet. Hjerterytmier kan være en psykisk belastning der mange opplever utrygghet over uforutsigbarheten. Konsekvensen kan være redusert livsutfoldelse og livskvalitet. Kronisk sykdom medfører ofte redusert livskvalitet der mange må gjøre store tilpasninger i livet sitt. Hensikten med behandling er å sikre trygghet og livskvalitet slik at pasienten føler at livet har en verdi (Stubberud, 2022, s. 266).

Det er ingen konsensus i forskningen om livskvalitet etter ICD implantasjon. De fleste opplever en økt livskvalitet etter implantasjon som kan forklares av færre bekymringer og god tilpasning til enheten samt livsstilsendringer. Likevel er det en stor andel pasienter med ICD som uttrykker vansker med mental tilpasning, redusert livskvalitet, depresjon- og angst symptomer (HajKheder et al., 2019).

Europeiske retningslinjer for behandling av ICD viser til at nesten 20% av alle ICD-mottakere lider av angst og depresjon som er assosiert med økt dødelighet. De psykiske plagene er ofte forårsaket av bekymringer for komplikasjoner.

Retningslinjene anbefaler å diskutere livskvalitet etter implantasjon. Det må da være en god kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonell. Mottakeren av ICD bør bli systematisk screenet for bekymringer knyttet til sin enhet. Det kommer likevel frem at det er en betydelig andel ICD pasienter med kliniske symptomer på angst og depresjon som blir underbehandlet (Behr et al., 2022). Sykepleiere har et ansvar å ivareta helhetlig omsorg for hver enkelt pasient der en fremmer helse og forebygger sykdom. I tillegg skal en understøtte mestring, håp og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund [NSF], u.å.).

1.1 Hensikt

1.1.1 Begrunnelse for valg av tema/problemstilling

Hjerte og karsykdom utgjør en stor pasientgruppe som sykepleiere kan møte i både kommune og spesialisthelsetjenesten. Flere overlever hjerteinfarkt enn tidligere og får innlagt ICD som sekundærprofylakse. Dette gjør det viktig å få mer kunnskap om og en helhetlig oppfølging av denne pasientgruppen. Jeg jobber på medisinsk hjerteavdeling og ønsker derfor å skrive om et tema jeg har praktisk erfaring med og som jeg ønsker mer kunnskap om. De fleste pasientene som opplever redusert livskvalitet etter implantasjon, har fått enheten som sekundærprofylakse etter en akutt hendelse som hjerteinfarkt eller arytmi. Dette er i hovedsak personer i 50 - 60 årsalderen hvor menn er i flertall (Folkehelseinstituttet, u.å.). Min personlige erfaring er at det kan være utfordrende å håndtere en nyoppstått hjertesykdom og dens påfølgende endringer og konsekvenser for livskvaliteten. Mange pasienter har utfordringer med trygghetsfølelsen og de er redde og engstelig for fremtiden. Det er viktig at sykepleier ivaretar og tar hensyn til pasientens følelser og opplevelser i denne situasjonen og er oppmerksom på deres psykiske velvære og livskvalitet.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleier et personlig ansvar for at egen utøvelse er juridisk, faglig og etisk forsvarlig. Det innebærer for eksempel å holde seg oppdatert på fagområdet. Sykepleieres utøvelse skal være forankret i forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse (NSF, u.å.). Med dette som utgangspunkt har jeg valgt å skrive om hvordan sykepleiere kan øke livskvaliteten hos pasienter med ICD og utarbeidet følgende problemstilling.

1.1.2 Problemstilling

“Hvilke faktorer er viktige for opplevelsen av livskvalitet hos pasienter med implanterbar hjertestartere (ICD) som sekundærprofylakse ett år etter operasjonen?”

1.1.3 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven vil jeg se nærmere på pasienter over 50 år som har ICD som sekundærprofylakse uavhengig av årsak til implantasjon. Dette er fordi de fleste i denne pasientgruppen er over 50 år (Folkehelseinstituttet, u.å.). Jeg har valgt å avgrense til pasienter som har hatt enheten i over ett år. Dette er for å prøve å utelukke normale psykiske straksreaksjoner som oppstår ved akutt sykdom (Skarstein, 1998, s. 35-46). Selv om de fleste studier har flest mannlige deltagere, har jeg valgt å ikke ekskludere resultater som inkluderer kvinner. Jeg vil i stedet være kritisk til implantasjon av resultater i praksis tilknyttet kjønn. Ivaretagelse av psykososiale behov begynner ofte etter utskrivelse fra sykehus slik at jeg vil i hovedvekt fokusere på poliklinisk oppfølging eller reinnleggelser etter utskrivelse.

Studier med deltagere uten samtykkekompetanse og/eller kjent psykisk sykdom har jeg valgt å ekskludere.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Implantert hjertestarter

Implantert hjertestarter, "implantable cardioverter defibrillator" (ICD) er en pacemaker med defibrillator funksjon som implanteres under huden i brystveggen med ledninger til hjertet. Enheten monitorer hjerterytmen kontinuerlig og er programmert for å reagere på ulike hjerterytmeforstyrrelser. Den kan gi elektrisk støt for å stimulere hjertekamrene for å gjenopprette normal hjerterytme. Utsiktet elektrisk støt (sjokk) kan forårsakes av feiltolkning eller overfølsomhet som oppleves ubehagelig. Det kan gi en følelse av at livsutfoldelsen blir begrenset av sykdommen. Enheten brukes som primærprofylaktisk for dødelige arytmier eller som sekundærprofylakse etter overlevd hjertestans (Langeland, 2009). Videre vil "sjokk" være benevnelse for elektrisk støt.

1.2.2 Livskvalitet

Livskvalitet er en subjektiv opplevelse av hvordan den enkelte opplever livet. Siri Næss (2011) definerer at den subjektive opplevelsen omfatter positive- og negative følelser, vurderinger og opplevelse av fungering. Næss mener at for å ha det godt må en ha fravær av vonde følelser og vurderinger. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2012) definerer livskvalitet som "et individs oppfatning av sin posisjon i livet i sammenheng med kulturen og verdssystemene de lever i og i forhold til deres mål, forventninger, standarder og bekymringer". Carol Ferrans (1985) sitert i Rustøen (2016, s. 83-84) mener at livskvalitet kan deles inn i fire områder der det vektlegges blant annet selvbilde, mening i livet, mestring, familielivet og kontroll over eget liv. De ulike definisjonene vektlegger alle den subjektive vurderingen og at livskvalitet

påvirkes av flere faktorer. Det er ikke bare et svar på hvordan livskvalitet påvirkes og bestemmes.

1.2.3 Pasient

Personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten omtales som pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-3). I denne oppgaven brukes pasienter om de personene med ICD.

2.0 Teori

2.1 Livskvalitet

Livskvalitet kan defineres som psykisk velvære der begrepet må være knyttet til den enkeltes opplevelser og ikke noe en har eller gjør eller omgis av. Det handler om egenvurdering av sitt eget liv som godt eller dårlig (Næss, 2011, s. 15-23).

Livskvalitet er sterkt relatert til emosjonelt velvære og mindre påvirket av fysisk fungering i motsetning til helse som er mest påvirket av fysiske faktorer. Kartlegging av livskvalitet gir sykepleiere en større forståelse for hvordan pasienten påvirkes av sykdommen og deres behov. Forståelsen vil gi kunnskap til å bedre omsorgen og behandlingen som pasienten mottar (Rustøen, 2016, s. 80-107). Livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep som ikke bare avhenger av en faktor. En kan ha god livskvalitet selv ved sykdom, helseplager og andre belastninger. Faktorer som bidrar til god livskvalitet kan ha en beskyttende effekt mot psykiske vansker og en direkte positiv innvirkning for hjerte- og karsystemet (Eilertsen, 2021). Forskning innen livskvalitet viser til at tiltak som undervisning, informasjon og veiledning kan medføre økt livskvalitet for pasienter (Rokne & Wahl, 2011, s. 191-197).

2.1.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

TravelBee (1999/2007, s. 35-37) fokuserer på hvordan sykepleiere kan forbedre pasientens livskvalitet ved å etablere en god mellommenneskelig relasjon. Når sykepleier har en god og betydningsfull relasjon med pasienten og gir omsorg som møter fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov kan opplevelsen av livskvalitet økes. Teorien vektlegger også betydningen av å behandle hver pasient etter deres unike livssituasjon.

2.2 Krise

“Traumatisk krise er individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende

livsmuligheter blir truet” (Cullberg, 2008, s. 108). Når pasienten får vite om sin sykdom kan de psykiske reaksjonene deles i tre faser, som beskrevet i tabell I. Når sykepleiere møter mennesker i krise er det viktig å vise menneskelighet, forståelse og varme. Dette kan gjøres ved aktiv lytting som ved å anerkjenne pasientens følelser (Eide & Eide, 2019, s. 47-68).

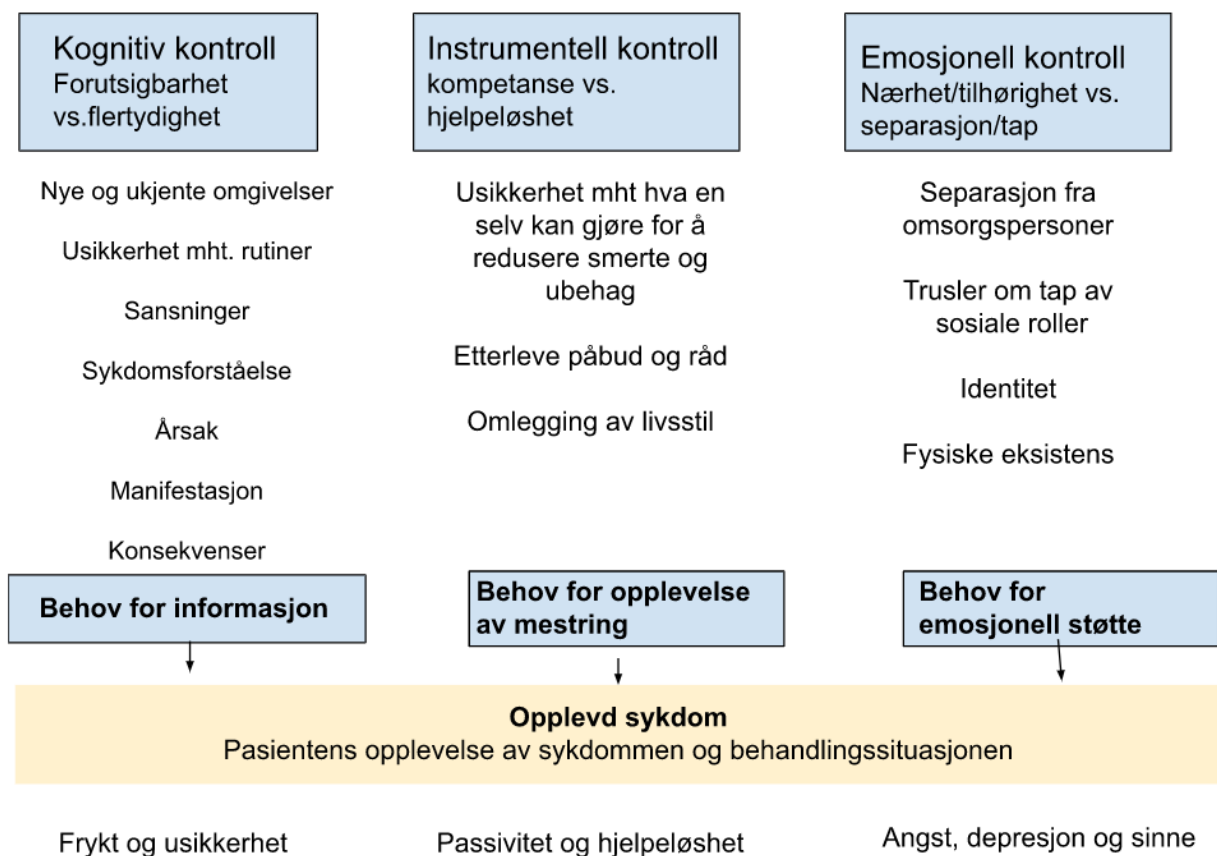
Tabell I - Psykiske reaksjon faser ved alvorlig sykdom

Akutfasen 1-2 uker	Apatifasen 2-3 uker	Nyorienteringsfasen
<p>Pasienten er preget av sjokk og forsøker å kontrollere det følelsesmessige ubehaget. Det skal tas viktige avgjørelser om behandling. Totalbelastningen pasientens utsettes for gjør at de har psykiske tilleggssymptomer og eksistensielle bekymringer. Forsvarmekanismer kan inntre og brukes for å redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel og fare for jegét. Informasjon gitt her kan lett bli feiltolket eller delvis oppfattet og må gjentas senere. Pasienten har gjerne behov for nonverbal kommunikasjon.</p>	<p>Pasienten vil gradvis forstå den medisinske informasjonen og konsekvensen av den. Reaksjoner er sammensatte. Dersom en viktig faktor i pasientens liv endres på grunn av hendelsesforløpet kan livskvaliteten påvirkes negativt. Normale psykologiske reaksjoner ved sykdom kan utvikle seg til varige psykiske problemer, redusert psykososial funksjonsevne eller overforbruk av helsetjenester. Behovet for omsorg, støtte og trygghet vil være stort i tillegg til å snakke om hendelsen for å dele reaksjoner.</p>	<p>En får nå bearbeidet de psykiske reaksjonene og en ser muligheter for fremtiden. En skjønner alvorlighet og legger en plan for hvordan en skal håndtere og leve videre, gjerne med håp om overlevelse. Krisen blir en del av livet, ikke noe som glemmes eller innkapsles. Kunnskap om pasientens emosjonelle behov hjelper oss å forstå de forskjellige symptomene de kan ha i en krise og støtte dem til et naturlig forløp i sine reaksjoner.</p>

(Cullberg, 2008, s. 128-141; Eide & Eide, 2019, s. 47-68; Skarstein, 1998, s. 35-46).

2.3 Mestring

Mestring handler om hvordan mennesker møter problemer, stress og utfordringer. Det innebærer å bruke personlige, ressursmessige ferdigheter og strategier for å håndtere og mestre situasjonen. Mestring er en faktor for å opprettholde god psykisk og fysisk velvære (Lode, 2016, s. 49). Figur 2.3.1 viser en modell som brukes for å hjelpe pasienten å mestre situasjoner ved å ivareta psykososiale behov og gi opplevelse av personlig kontroll i pasientrollen samt øke deres helsekompetanse (Stubberud, 2022, s. 214).



Figur 2.3.1. Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Fra *Sykepleie ved hjertesykdom* (s. 214), av Stubberud, 2022, Cappelen Damm Akademisk. Copyright 2022 ved Cappelen Damm Akademisk. Gjengitt med tillatelse.

Ved å inkludere pasienten i behandlingen legges grunnlag for vekst og evnen til å møte motgang styrkes (Skarstein, 1998, s. 35). Figur 2.3.2 viser en oversikt over intervensjoner som kan prøves for å oppnå mestringsmodellens mål.

Forsvarsmekanismer kan være hensiktsmessig i starten, men langsiktig vil det være utfordrende (Lode, 2016; Grasaas et al., 2022).

Intervensjoner		
Kognitiv kontroll	Instrumentell kontroll	Emosjonell kontroll
<ul style="list-style-type: none"> - Informere - Realitetsorientere - God kommunikasjon - Kontinuitet og stabilitet - Vise kompetanse 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktiv deltagelse - Ivareta grunnleggende velvære - utviklende miljø - Styrke opplevelse av håp og mening 	<ul style="list-style-type: none"> - Se pasienten - Vise empati - Være til stede - Fremme verdighet - Fremme sosial kontakt med pårørende

Figur 2.3.2 - Å ivareta pasientens psykologiske behov ved kritisk sykdom. Fra *Sykepleie ved hjertesykdom* (s. 214), av Stubberud, 2022, Cappelen Damm Akademisk. Copyright 2022 ved Cappelen Damm Akademisk. Gjengitt med tillatelse.

2.4 Trygghet

Motivasjonsteorien til Maslow beskriver trygghet som et grunnleggende behov etter at det fysiske behov er dekket. Sykdom kan true en pasientens trygghetsfølelse. Ved hjertesykdom skapes trygghet ved håp, støtte, kontroll over kroppen og behandling (Segesten, 2016, s. 146-153). Pasientsentrert sykepleie bidrar til at pasienten føler seg sett og likeverdig. Det reduserer følelse av sårbarheten, øker trygghetsfølelse og livskvalitet (Stubberud, 2022, s.35). Utrygghet kan redusere mestring og egenomsorgsevne. Trygghetsfølelse bidrar til å redusere stress, bekymringer og angst slik at den generelle psykiske helsen kan forbedres. Dette kan skyldes at kroppen danner mindre stresshormoner i kroppen som har positiv påvirkning på hjerte-og karsystemet (Glasberg et al., 2013). Kontinuitet er viktig for livskvalitet ved

at det gir bedre kommunikasjon, koordinering og forståelse mellom pasient og helsepersonell (Haggerty et al., 2003). Kontinuitet i helsehjelpen gir opplevelse av kontroll, autonomi og dermed trygghet. Kompetanse om selvmonitorering som vitale funksjoner kan gi trygghet og gjenkjenning av forverring i tidlig stadium (Stubberud, 2022, s. 387). Pasienten har rett på tilstrekkelig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og hva som inngår i hjelpetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1).

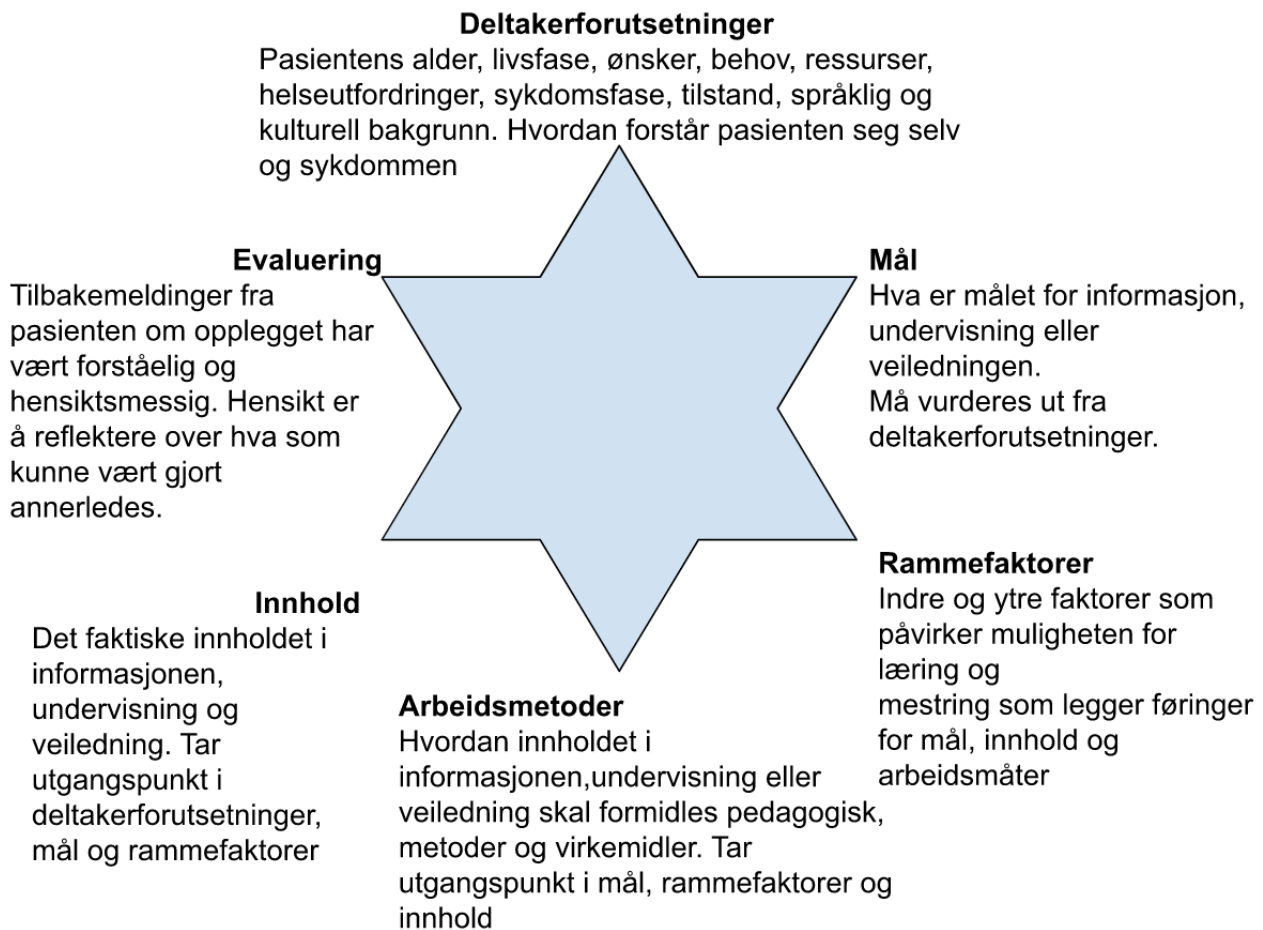
2.5 Empowerment

Empowerment er en prosess som gir pasienten økt kontroll over faktorene som påvirker helsen. Hensikten er å styrke pasientens ressurser for å ivareta egenomsorgen, oppleve personlig kontroll og mestringsevne. Opplevelse av kontroll gir forutsigbarhet og kompetanse for å nå sine personlige mål (Stubberud, 2022, s. 37-42). Det er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter (2001) at pasienten har rett til medvirkning. Hvis pasienten skal ha en reell empowerment og ta egne valg, er det essensielt at de har helsekompetanse. Det omhandler evnen til å forstå, vurdere og anvende gitt informasjon. Pasienten trenger informasjon, undervisning og veiledning for å være delaktig. Faktorer som reduserer evnen til å motta informasjon er opplevelse av utrygghet, angst og psykisk stress. Sykepleier har en sentral rolle i livsstil opplæringen og psykososial støtte (Stubberud, 2022, s. 286). Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer vektlegger de sykepleierens rolle for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at denne informasjonen er forstått (NSF, u.å.). Pasienter med god psykoterapeutisk oppfølging lever lengre og med bedre livskvalitet (Skarstein, 1998, s. 35).

2.6 Den didaktiske relasjonsmodellen

En tilnærming er å følge den didaktiske relasjonsmodellen. Figur 2.6.1 illustrerer elementene og sammenhengene mellom dem. Elementene har gjensidig påvirkning på hverandre og må vurderes som en helhet. Modellen kan sikre helhetlig

pasientsentrert sykepleie som er viktig for opplevelsen av livskvalitet. Den kan brukes for å planlegge og strukturere pasientundervisning for å ivareta helhet, sammenheng, styrke mestring og empowerment (Brataas, 2019, s. 44-49; Stubberud, 2022, s. 41-44).



Figur 2.6.1. Den didaktiske relasjonsmodell. Fra *sykepleie ved hjertesykdom* (s. 41-42), av Stubberud, 2022, Cappelen Damm Akademisk. Copyright 2022 ved Cappelen Damm Akademisk. Gjengitt med tillatelse.

3.0 Metode

Metoden innebærer en strukturert fremgangsmåte for å innhente og etterprøve kunnskap og informasjon. Kvantitative og kvalitative metoder er to forskningsmetoder som bidrar på hver sin måte til å forstå og belyse et problem. Kvalitativ metode sikrer dybdekunnskaper og utforsker opplevelser og meninger. Kvantitativ metode har målbare data slik at en kan finne gjennomsnitt og det sikrer at en får breddekunnskap (Dalland, 2017, s. 52; Thidemann, 2015, s. 74-78).

3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å bruke en systematisk litteraturstudie som metode. En litteraturstudie omfatter å gjøre en systematisk kritisk litteraturgjennomgang av eksisterende forskning innen et valgt tema og systematisere kunnskapen (Persson, 2021, s. 12-14).

3.2 Søkeprosess

Søket ble strukturert etter kunnskapspyramiden som er en modell der en søker først i oppsummert forskning og jobber deg nedover til enkeltstudier for å få helhetlig inntrykk av tema og forskning (Helsebiblioteket, 2021, kildevalg). Jeg startet søkeprosessen ved å få kunnskap om databasene som var tilgjengelig gjennom HVL og hvordan søke i dem.

3.2.1 PICO

Ved å bruke PICO modellen (Helsebiblioteket, 2021, PICO) som står for «population» (populasjon), «intervention» (intervensjon), «comparison» (sammenlikning) og «outcome» (utfall) kan forskningsspørsmålet tilpasses lettere og gjøre problemstillingen tydeligere og mer presis. PICO modellen vil kunne gjøre det enklere å utvelge og kritisk vurdere valgte forskningsartikler. Jeg har brukt «medical

subject heading» (MeSH) for å finne relevante emneord. MeSH er terminologibase med standardiserte ord for begrepsforståelse av medisinske og helsefaglige termer for å beskrive artikler som ligger i databaser. MeSH databasen har ikke vært oppdatert siden 2017, dermed har jeg også sett på lignende artikler og deres emneord for å finne ytterligere søkeord til PICO. Jeg har valgt noen tekstord da det er ord som ofte benyttes i tittel og sammendrag for å beskrive forskningsartikler. Det tar tid for å registrere emneord, dermed er nyere forskning ofte bare beskrevet med tekstord. Deler av Cochrane Library benytter heller ikke emneord. Jeg har valgt å bare søke med engelsk terminologi da det meste av publisert forskning er skrevet på engelsk (Helsebiblioteket, 2021, Litteratursøk). Tabell II viser en oversikt over emneord (/) og tekstord som ble brukt som utgangspunkt for litteratursøket.

Tabell II - PICO skjema

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Patients with heart failure, arrhythmia, heart attack	Defibrillator, Implantable/implantable cardioverter defibrillators ICD	X	Health Related Quality Of Life Quality of Life QOL

3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Tabell III viser en oversikt over inklusjon og eksklusjonskriteriene som er brukt som grunnlag for å velge ut artikler til min problemstilling.

Tabell III - Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Artikler publisert etter 2015 - Engelskspråklig - Pasientgruppe er voksne over 50 år - Deltagere må ha hatt implantert hjertestarter i over 1 år - Rapportere resultater om livskvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> - Uten IMRoD struktur - Ikke vurdert i etisk komite - ICD som primærforebyggende - Fokuserer på en sykdomsgruppe eller enhetstype

IMRoD: Introduksjon, metode, resultat og diskusjon, ICD: Implanterbar cardioverter defibrillator

3.2.3 Valg av databaser

Jeg brukte helsebiblioteket for å identifisere relevante databaser basert på medisinske kjernesporsmål om opplevelser, erfaringer og holdninger.

Forskningsdesign som kan være nyttig å bruke ved dette kjernesporsmål er kvalitative metoder som kan være fokusgrupper, observasjonsstudier og individuelle intervjuer (Helsebiblioteket, 2021). Databaser som svarer særlig på mitt kjernesporsmål er CINAHL som inneholder litteratur om pasienterfaringer og kvalitativ forskning, MEDLINE som er en referansedatabase innen medisin og Cochrane Library som inneholder erfaringer og opplevelser om konkrete tiltak (Høgskulen på Vestlandet [HVL], u.å.).

3.2.4 Litteratursøk

Jeg startet litteratursøket med enkle søk i kliniske oppslagsverk med ordene "ICD" og "Quality of life". Jeg fikk da en bedre oversikt over tema og flere ord jeg kunne inkludere i PICO som ble beskrevet i avsnitt 3.2.2. Jeg ekskluderte raskt ordet "ICD" da det kan feiltolkes som det mye brukte klassifiseringssystemet for sykdommer. I stedet brukte jeg søkeordet "implantable cardioverter defibrillator". Videre søkte jeg i kunnskapsbaserte retningslinjer på helsebiblioteket og helsedirektoratet. Søket medførte ingen aktuelle artikler til å besvare problemstillingen min, men noe av litteraturen ble beholdt for å kunne brukes til teoridelen. Deretter søkte jeg mer

systematisk i Cochrane Library, MEDLINE og CINAHL ved å spesifisere og kombinere søkeord fra PICO skjema. Ved å bruke boolske operatører som AND og OR, og trunkering, kunne jeg avgrense og utvide søkene mine. Jeg kombinerte alle ordene innenfor hvert enkelt PICO- element (lineært) med OR og til slutt alle PICO - elementene (horisontalt) med AND. Trunkering ble brukt for å få med seg entalls- /flertallsendelser av et tekstord. Deretter gjorde jeg et grunnleggende søk med ordene “*implantable cardioverter defibrillator*”, “*Defibrillators, Implantable*” og “*Quality of Life*” for å redusere risikoen for å utelukke relevante artikler. Jeg utførte flest søk i MEDLINE da det er databasen jeg mest fortrolig til å bruke og en database særlig brukt av sykepleiere (Thidemann, 2015, s. 85). Jeg utførte de første søkene i desember 2022 og gjorde et oppdatert søk februar 2023.

Jeg leste titler og sammendrag på mulige relevante artikler til min problemstilling for å vurdere relevans forhold til mine inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dersom artikkelen var innenfor valgte kriteriene ble den kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket.no før artikkelen eventuelt ble inkludert i oppgaven. Jeg vurderte også referanselister og siterende artikler til studier funnet i søkene for relevante artikler. Søkehistorikk er vedlagt som vedlegg I. Flere av de inkluderte artiklene ble funnet i flere av databasene. En artikkel ble funnet i en referanseliste etter et systematisk søk i CINAHL. Avslutningsvis søkte jeg i Pubmed og Google Scholar med søkeordene “*implantable cardioverter defibrillator*” og “*quality of life*” for å vurdere om det var andre relevante artikler som ikke ble funnet i de systematiske søkene. Etter gjennomlesning av forskningsartiklene ble de inkluderte artiklene satt inn i en litteratormatrise (vedlegg 8.2.1 - 8.2.6). Jeg utarbeidet en tematisk analyse og sammenfattet resultatene.

3.2.5 Kritisk vurdering og etiske vurderinger

Det er viktig å vurdere metodiske kvalitet, resultater, overførbarhet og gyldigheten da forskningsartikler ikke kan brukes ukritisk. Hensikten er å vurdere om informasjonen er troverdig og korrekt. Jeg har benyttet meg av sjekklister designet for de ulike studiedesignene fra Helsebiblioteket for å kritisk vurdere kvaliteten av de inkluderte

artiklene (Helsebiblioteket, 2021, kritisk vurdering). Jeg vurderte også tidsskriftene artiklene var publisert i ved å bruke kanalregisteret. Tidsskrifter registrert her vil være godkjente vitenskapelige publiseringskanaler av direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å.). Kunnskap som fremlegges i oppgaven er sekundærlitteratur slik at det er vesentlig å bruke riktig kildereferering slik at leser kan finne, kontrollere og vurdere kilden selv og vise redelighet for andres arbeid (Søk & skriv, 2022, kildebruk).

3.2.6 Analyse og syntese

Jeg benyttet meg av litteratormatrise for å fremstille resultatene og gjorde min tematiske analyse ut ifra den (vedlegg 8.2.1 - 8.2.6). Matrisen gir en oversikt over artikkelens forfatter, årstall, problemstilling, forskningsdesign, metode, resultater, pålitelighet, styrker og svakheter fra de inkluderte artiklene. Dette gjorde det lettere å vurdere tematikken og sammenligne de ulike artiklene for hvilke tema som var gjennomgående. Basert på matrisen ble det gjort en tematisk analyse av resultatene som ble skrevet frem som en narrativ syntese (Persson, 2021, s. 85-106).

3.3 Metodens styrker og svakheter

Jeg kan ikke utelukke at ved å velge bestemte søkeord og databaser risikerer jeg å ikke finne alt av relevant forskning. Ved å være spesifikk vil det alltid være begrensende for noe annet. Egne preferanser vil alltid påvirke valg av artikler og hvordan forskningen fremlegges. En styrke ved metoden er at den er strukturert og planlagt ved hjelp av PICO skjema og inklusjon - og ekskluderingskriterier. Jeg har også gjennomtenkt etiske og svake sider av fremgangsmåten. Det gjorde meg mer bevisst på hvordan jeg inkluderer/ ekskluderer og fremla artiklene. Ved å bruke kanalregisteret har jeg sjekket tidsskriftene sin troverdighet.

4.0 Resultater

Seks artikler passet inklusjons- og eksklusjonskriteriene og hadde ulike studiedesign. Det var en intervensjonsstudie fra Japan (Fukuzawa et al., 2021), en systematisk oversikt (Dong et al., 2016), en kvalitativ studie med intervju fra Storbritannia (Bennett et al., 2016), en tverrsnittstudie fra USA og Australia (Biddle et al., 2019), en prospektiv multisenterstudie fra Storbritannia (Barra et al., 2022) og en blandet metode med kvalitativ spørreskjema fra Danmark (Dilling et al., 2017). Jeg skal videre presentere funnene fra artiklene i form av en narrativ syntese i fire deler.

Analysen viste følgende faktorer som kan påvirke livskvalitet; aksepterings- og tilpasningstiden til ICD, informasjon og undervisning, stress og krisereaksjoner, og emosjonell støtte og helhetlig omsorg.

4.1 Livskvalitet påvirkes i akseptering- og tilpasning tiden til ICD

Livet etter implantasjon av en ICD kan føles overveldende. Plutselige endringer i livsstil kan føre til angst, maktesløshet, depressive symptomer og tap av kontroll (Barra et al., 2022; Biddle et al., 2019). En europeisk tverrsnittstudie viser til at 70% av ICD pasienter aksepterer begrensningene og livsstilsendringer implantert medfører (Barra et al., 2022). Det tar opptil 1 år før de fleste aksepter situasjonen sin (Bennett et al., 2016; Dong et al., 2016). Opplevd sjokk er en viktig faktor for tilpasningsproblemer etter implantasjonen, da det kan gi lavere selvfølelse, følelse av tap og maktesløshet som fører til redusert livskvalitet. Tilpasningsproblemer gir redusert fysisk og psykisk velvære (Bennett et al., 2016; Biddle et al., 2019). Dette gjelder særlig hvis rollene i familien eller jobben endres (Bennett et al., 2016). Dong et al., (2016) viser til at fjernovervåking kan øke pasientens akseptering og tilpasning til sjokk enheter. Enhet akseptering kan bidra til redusert angst og økt helse relatert livskvalitet.

Mestringsstrategier som fokuserer på positivitet, sette nye realistiske mål, finne ny mening gir bedre tilpasning til ICD og fremmer selvtillit og mestring (Bennett et al., 2016; Biddle et al., 2019). Urealistiske mål og forventninger vil føre til tapsfølelse og maktesløshet. En oversiktsartikkel påpeker at tap som følge av endret livsstil etter ICD kan føre til dårligere selvidentitet og selvoppfatning (Dong et al., 2016). I en studie hadde alle deltakerne en varierende grad av taphetsfølelse på grunn av deres ICD og hjertesykdom (Bennett et al., 2016). Unngåelsesatferd brukes for å oppnå kontroll over uforutsigbarhet og lindre symptomer. Ved å unngå aktiviteter som øker hjertefrekvensen kan det føre til redusert livskvalitet og dårligere tilpasning. Psykososiale intervensjoner kan korrigere falske påstander, forbedre opplevd kontroll og livskvalitet (Bennett et al., 2016; Biddle et al., 2019). Opplevelsen av kontroll er signifikant assosiert med helserelatert livskvalitet hos kronisk syke. Manglende støtte fra helsepersonell kan føre til redusert enhet akseptering (Dong et al., 2016).

4.2 Informasjon og undervisning er viktig for å styrke pasientens livskvalitet

En studie viser at 91,1% er tilfreds med informasjons tilbudet, men det rapporteres at enkelte emner ikke tas opp (Dilling et al., 2017). Informasjon og undervisning er viktig for å styrke pasientens livskvalitet. Nåværende informasjon og opplæring fokuserer generelt på enheten og objektiv helse i stedet for pasientens opplevde begrensninger på egen livsstil (Biddle et al., 2019). Det er et behov for individuelle informasjons- og omsorgstilbud siden det ikke er implementert i dagens praksis (Dilling et al., 2017). Det er behov for informasjon generelt om enheten, diagnose, bivirkninger, det å leve med ICD og avansert planlegging for å deaktivere ICD (Dong et al., 2016). En tverrsnittstudie påpeker at pasienter som er misfornøyd med informasjonstilbudet rapporterer mer nedsatt funksjonsevne. Det er også viktig med detaljert samtykke og involvering av pasient i beslutningsprosessen for livskvaliteten (Barra et al., 2022). Sykepleier må være informerende, støttende og motiverende for å hjelpe og støtte pasienten til mestring. En bør gi råd og veiledning om stressmestringsteknikker (Fukuzawa et al., 2021). Sykepleiere kunne være

likegyldige og mer opptatt av kunnskap enn å lytte til pasientens behov. Det var manglende konsist i informasjonen gitt av ulikt helsepersonell. Ved å lytte kan sykepleiere bedre forstå pasientens bekymringer for å hjelpe dem å mestre og å øke deres livskvalitet (Dong et al., 2016).

4.3 Stress og krisereaksjoner i oppfølgingstiden påvirker livskvalitet

Samtlige studier viser at opplevelsen av sjokk eller frykten for å oppleve sjokk påvirker livskvaliteten til pasienten. Frykt for komplikasjoner er en årsak til engstelse og redusert livskvalitet. Det er en klar sammenheng mellom forekomst av komplikasjoner og redusert livskvalitet da det kan gi taphetsfølelse og utrygghet (Barra et al., 2022). Usikkerhet og uforutsigbarhet påvirker pasientens daglige funksjon. Likevel er det flere som aksepterer usikkerheten da de ikke ønsket å være til bry for helsepersonell. (Dong et al., 2016; Dilling et al., 2017). Samtaler om begrensninger og endringer i livsstilen med tidsaspekt er nødvendig før og etter implantasjonen (Biddle et al., 2019). Pasienten ønsker seg dette i tillegg til støtte og fjernovervåkning (Dilling et al., 2017). En studie om fjernovervåkning viste til at intervensjonen forbedret angst, depressive symptomer og smerteproblematikk (Fukuzawa et al., 2021). I en studie med 1809 deltakere følte $\frac{2}{3}$ følte seg tryggere ved fjernovervåkning (Barra et al., 2022). Deltakerne i en studie rapporterte å få ulik informasjon fra helsepersonell og manglende faglig støtte og kontinuitet under oppfølging (Dong et al., 2016). I studien til Dilling et al., (2017) rapporterte 75,2% av deltakerne at de savnet kontinuitet i omsorgen som resulterte i redusert tillit til helsetjenestene.

4.4 Emosjonell støtte og helhetlig omsorg bidrar til økt livskvalitet

Det er en generell tilfredsstillelse med ICD, men det rapporteres betydelige psykiske plager og redusert livskvalitet i pasientgruppen (Bennett et al., 2016; Barra et al., 2022; Fukuzawa et al., 2021). I en studie rapporterte 13,1% at de var noe eller svært misfornøyd etter implantasjonen. Angst og depresjon er faktorer for nedsatt

livskvalitet (Dilling et al., 2017). Psykologiske plager er assosiert med økt forekomst av komplikasjoner (Biddle et al., 2019; Fukuzawa et al., 2021). Sykepleierstøtte kan forbedre psykologiske tilpasninger (Fukuzawa et al., 2021). Helsepersonell kan legge større fokus på kliniske aspekter der mangel på støtte kan påføre større psykologiske plager. Vi snakker for lite om emosjonelle behov. Vi må forstå pasientens holistiske behov for å hjelpe dem mestre en ny hverdag og forbedre deres livskvalitet (Dong et al., 2016). Tilnærming i behandlingen bør være helhetlig og pårørende bør inkluderes (Biddle et al., 2019; Dong et al., 2016). Pasienter som hadde tilstrekkelig støtte, hjelp og empati fra familie og sosialt nettverk hadde bedre tilpasning og restitusjon. En studie viser til at enkelte pasienter foretrekker støttegrupper der de får støtte av personer i samme situasjon da gruppen er mer opptatt av livskvalitet og fungering etter implantasjon (Dong et al., 2016).

5.0 Diskusjon

Jeg skal nå diskutere resultatene opp mot teori, litteratur og lovverk for å besvare problemstillingen: *“Hvilke faktorer er viktige for opplevelsen av livskvalitet hos pasienter med implanterbar hjertestartere (ICD) som sekundærprofylakse ett år etter operasjonen?”*

5.1 Livskvalitet påvirkes i akseptering- og tilpasning tiden til ICD

Samtlige artikler beskriver at ICD pasienter har risiko for å utvikle psykiske problemer som kan gi dårligere prognose, redusert tilpasningsevne og nedsatt livskvalitet. Tilpasningsproblemer gir redusert fysisk og psykisk velvære (Bennett et al., 2016; Biddle et al., 2019). Opplevd sjokk er en viktig faktor for tilpasningsproblemer som gir taphetsfølelse og maktesløshet. Deltakerne i en studie opplevde i varierende grad en følelse av tap på grunn av deres ICD og hjertesykdom som påvirket deres grad av livskvalitet (Bennett et al., 2016). Likevel viser forskning til at 70% av ICD-mottakerne aksepterer livsstilsendringer og begrensningene enheten medfører (Barra et al., 2022). Ulikheten innad i pasientgruppen kan ha sammenheng med at opplevelsen av livskvalitet er subjektiv og kan variere mye innad i en pasientgruppe. Hjertepasienter trenger ofte god tid til å akseptere sin nye hverdag som kronisk syk. Livet etter implantasjonen kan være overveldende. Plutselige endringer i livsstil kan gi maktesløshet, angst- og depressive symptomer og tap av kontroll (Barra et al., 2022; Biddle et al., 2019). Næss (2011) påpeker at opplevelsen av symptombyrde vil ha større innvirkning på livskvalitet enn selve plagen der enkelte med kronisk sykdom kan til og med få økt livskvalitet. Det handler om hvordan pasienten håndterer sykdommen. Livskvalitet er knyttet til emosjonelt velvære i større grad enn den fysiske symptombyrden. Pasienter med mest symptomer vil likevel ha statistisk lavere livskvalitet (Rustøen, 2016, s. 80-107). Sykepleiere må hjelpe pasienten å håndtere og akseptere en hverdag med enheten for å øke livskvaliteten. Fjernovervåking er et tiltak for å oppnå dette. Deltakerne som testet intervensjonen viste betydelig bedre tilpasning og høyere livskvalitet når sykepleiere viste støtte, ga råd og veiledning om mestringsteknikker i tillegg til

fjernovervåkningen (Dong et al., 2016). Fjernovervåkning kan ta vekk den menneskelige relasjonen mellom pasient og sykepleier der en ikke får sett pasientens fysiske. Det gir risiko for å overse enkelte observasjoner. Et annet aspekt er pasientens opplevelse, forståelse og vurdering av sykdommen, da det har betydning for den psykologiske og sosiale tilpasningen i sykdomsforløpet.. Pasienten sørger gjerne for tapt funksjon. Havixs kontrollmodell vektlegger kognitiv-, instrumentell, og emosjonell kontroll for å oppnå best mulig mestring og tilpasning til somatisk sykdom. Ved å ivareta disse behovene kan blant annet hindre passivitet og hjelpeløshet (Stubberud, 2022, s. 213).

Enhet akseptering er viktig for opplevelsen av livskvalitet (Bennett et al., 2016). Ved å akseptere sin nye hverdag kan en oppnå mestringsfølelse og gjenvinne kontroll over livet. Opplevelse av kontroll er signifikant assosiert med helserelatert livskvalitet (Biddle et al., 2019). Lode (2016) påpeker viktigheten av opplevelsen av kontroll og mestringsstro som faktorer for å endre atferd for å tilpasse seg sykdommen og for å øke livskvaliteten. Det samsvarer med resultatene i en tverrsnittstudie der opplevd kontroll kan påvirke viktige faktorer for livskvalitet som sosial- og fysisk funksjon og psykologisk velvære. Videre viser det seg at pasienter med opplevd kontroll har høyere livskvalitet enn de med lavere opplevelse av kontroll (Biddle et al., 2019). Både Ferrans (1985) og Næss (2011) sin definisjon av livskvalitet vektlegger opplevelse av kontroll som en faktor som påvirker livskvalitet (Henvist i Rustøen, 2016, s. 83-88).

En type atferd som brukes for å oppnå kontroll er unngåelsesatferd. Det kan virke mot sin hensikt ved at det fører til økt risiko for arytmier og redusert livskvalitet (Bennett et al., 2016; Biddle et al., 2019). Dette er støttet av Lode (2016) som uttrykker at unngåelse kan være hensiktsmessig i starten av sykdomsforløpet, men langsiktig vil det være utfordrende å påvirke pasientenes sosiale utfoldelse og dermed deres livskvalitet. En bør i stedet fokusere på mestringsstrategier som fokuserer på positivitet, sette inn nye realistiske mål og finne ny mening for å bedre tilpasningen til ICD samt fremme selvtillit og mestring. Ved å revurdere mål kan en finne mening i tilværelsen slik at det er lettere å akseptere sin ICD. Sykepleiere kan

bruke psykososiale intervensjoner for å korrigere falske forventninger om livsstilen med ICD for å oppnå opplevd kontroll. Manglende støtte fra helsepersonell fører til redusert livskvalitet og ICD-akseptering (Bennett et al., 2016; Biddle et al., 2019).

Sykepleiere har en utvidende funksjon i behandling og rehabilitering av hjertepasienter enn tidligere. Det innebærer å gi støtte, øke mestringsfølelsen og livskvalitet. Sykepleier må etterspørre hvordan pasienten tilpasser seg sin nye livsstil. Viktig å realitetsorientering og hindre feilinformasjon pasienten kan ha. Sykepleier må fremme egenomsorg for å forebygge forverring. Hvordan dette gjøres avhenger av pasientens tilstand, ønsker og behov (Stubberud, 2022, s. 29-63). Det er problematisk at sykepleiere har begrenset med tid i møte med denne pasientgruppen. En måte å effektivisere tiden på er at pasienten kan gjennomføre en elektrisk screening i forkant av møte. Det kan gi bedre kvalitet og produktivitet i tjenestene. Sykepleiere kan da identifisere hvem som trenger ekstra oppfølging slik at de raskere får riktig behandling. Screeningen gir et utgangspunkt for informasjon og veiledning som bør gis (Kasteleyn et al., 2021).

5.2 Informasjon og undervisning er viktig for å styrke pasientens livskvalitet

Informasjon og undervisning er viktig for å styrke pasientens livskvalitet (Biddle et al., 2019). Barra et al., (2022) påpeker at tilfredsstillelse med informasjons tilbudet er viktig for livskvalitet. Der rapportere pasienter som var misfornøyd med informasjonen de mottok at de hadde nedsatt funksjonsevne. Pasienter som ikke er tilstrekkelig informert om helsetilstand og behandling kan få konsekvenser for deres livskvalitet. Det kan føre til at vedkommende ikke kan ta informerte beslutninger om livet sitt og ivareta egenomsorg (Landon et al., 2016). Sykepleier skal ifølge yrkesetiske retningslinjer "fremme pasientens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått" (NSF, u.å.). Det er også nedfelt i pasient- og brukerrettigheter (2001) at en har rett på tilstrekkelig informasjon tilpasset ens behov og at helsetilbudet skal utformes etter hovedvekt på pasientens ønsker og meninger.

Skal pasienten ha reell evne til å ta slike valg trenger de helsekompetanse. Det kan oppnås ved at sykepleiere styrker pasientens egne ressurser for å ivareta egenomsorg, personlig kontroll og mestringsevne. Prosessen kalles empowerment der pasienten får økt kontroll over faktorene som påvirker deres helse. Empowerment handler om å ha evne til å forstå, vurdere og anvende informasjon (Stubberud, 2022, s. 40-42). Barra et al., (2022) påpeker viktigheten av detaljert samtykke og involvering av pasienten i beslutningsprosessen for bedre prognose og livskvalitet. Fukuzawa et al., (2016) understøtter dette og anbefaler at sykepleiere bør være informerende, støttende og motiverende for å støtte pasientens mestring. Mestringsfølelse er en faktor for økt livskvalitet ved at det gir en opplevelse av kontroll og autonomi over ens liv. Kontroll over situasjonen og vite hvordan en skal håndtere utfordringene bidrar til økt livskvalitet (Grasaas et al., 2022). Det å ha kompetanse motvirker det å føle seg hjelpeløs og usikker. Pasienten har et behov for mestring som kan oppnås ved aktiv deltagelse og styrke opplevelsen av håp og mening (Stubberud, 2022, s. 41-44). En systematisk oversikt viser at sykepleiere kunne være likegyldige eller ikke evnet å snakke om deres behov og at det manglet konsistens blant sykepleierne (Dong et al., 2016). Det kan skape utrygghet som fører til redusert mestring og egenomsorgsevne som er faktorer som påvirker opplevelsen av livskvalitet (Stubberud, 2022, s. 44, 418). Travelbee (1999/2007) vektlegger blant annet at for å mestre sykdom og oppnå optimal helse må sykepleiere se, forstå og hindre at pasienten føler seg alene.

Dilling et al., (2017) viser til at den største delen av pasientene med ICD er fornøyd med informasjonstilbud, men at enkelte tema ikke blir diskutert. Biddle (2017) påpeker at nåværende informasjon og opplæring fokuserer på den objektive tematikk rundt enheten, men ikke på pasientens opplevde begrensninger på livsstil og opplevelse av livskvalitet. En studie fremla spesifikke emner som pasientene ikke hadde fått nok informasjon om. Det omfattet blant annet informasjon om egen diagnose, selve enheten og leve med enheten (Dong et al., 2016). Det er ikke alle faktorer en sykepleier kan påvirke for å hjelpe pasienten for å oppnå bedre livskvalitet, men det er anbefalt med undervisning, informasjon og veiledning som tiltak for å øke livskvalitet. Dette understøttes av forskning på livskvalitet (Rokne & Wahl, 2011). Kunnskap kan bidra til økt trygghetsfølelse og mestring som påvirker

livskvalitet (Stubberud, 2022, s. 489). Liggetid i sykehus og polikliniske oppfølgingstider er kort. Det gjør at vi har begrenset tidsrom å etterspørre og følge opp pasientens behov. Det bør settes av oftere møter eller lengre tid per pasient ut fra deres behov og ønsker for oppfølging. Det kan være problematisk å etterleve ved at helsevesenet allerede har utfordringer knyttet til økonomi og ressurser. Et tiltak er fjernovervåkning som pasienter har etterspurt (Dilling et al., 2017). Tiltaket er ressurs sparende, kostnadseffektivt og bidrar til økt helserelatert livskvalitet (Fukuzawa et al., 2021). Sykepleier kan også følge den didaktiske relasjonsmodellen for å planlegge og strukturere informasjonen for at pasienten får best mulig utbytte av den begrensede tiden. Tilnærmingen sikrer at vi møter pasientens individuelle behov i størst mulig grad. Sykepleierens pedagogiske praksis er viktig for opplevelsen av livskvalitet for å oppnå helhetlig pasientsentrert sykepleie (Brataas & Evensen, 2019, s. 7). Det er viktig at sykepleiere tenker over når informasjonen blir gitt i forhold til pasientens stress- og krisetilstand. Sykepleier må tilpasse språket for hvilken fase pasienten er i psykologisk. I utgangspunktet skal pasienter ett år etter ICD innleggelse teoretisk være i nyorienteringsfasen slik at de er mottakelige for informasjon når sykepleieren møter dem (Stubberud, 2022, s. 171). Ingen pasienter er like slik at læringsbehovet er ulikt og varierende. Sykepleier må møte pasienten der de er selv og tilpasse informasjon deretter (Brataas & Evensen, 2019, s. 31-49). Min personlige erfaring er at arbeidsdagene er travle slik at de ikke blir satt av tid til oppfølgingssamtaler for å avdekke pasientens behov for kognitiv og instrumentell kontroll. Det er mer fokus på objektive kontroller og målinger av pasientens fysiske helse. Kognitiv kontroll kan oppnås ved å være informerende, realitetsorientert, ha kontinuitet og vise sykepleiefaglig kompetanse (Stubberud, 2022, s. 212-213).

5.3 Stress og krisereaksjoner i oppfølgingstiden påvirker livskvalitet

Forskningsstudiene viser til at opplevelsen av sjokk eller frykt for å oppleve sjokk påvirker livskvalitet til pasienten. Frykten er gjerne knyttet til uforutsigbarheten for sjokk og muligheten for komplikasjoner (Biddle et al., 2019; Dong et al., 2016). Det er en klar sammenheng mellom forekomst av komplikasjoner og redusert livskvalitet (Barra et al., 2022). Hjertesykdom kan skape angst og utrygghet med bekymringer

for fremtiden der sykdommen truer pasientens trygghetsfølelse (Stubberud, 2022, s. 143). Trygghet er viktig for mennesker og er et av de grunnleggende behovene (Segesten, 2016, s. 146-153). Opplevelse av trygghet og sikkerhet kan føre til økt livskvalitet. Dette understøttes i samtlige artikler. Trygghet bidrar til å redusere stress, bekymringer og angst slik at den generelle psykiske helsen forbedres. Det kan skyldes at kroppen danner mindre stresshormoner som har positiv påvirkning på hjerte- og karsystemet. Usikkerhet og angst kan påvirke pasientens daglige funksjon og livskvalitet (Glasberg et al., 2013). Dong et al., (2016) og Dilling et al., (2017) viser til at pasienten ikke ønsker å være til bry for helsepersonell og derfor aksepterer usikkerheten. Det kan derfor være viktig å ha en samtale om forventet begrensninger og endringer i pasientens livsstil. Det kan redusere følelsen av usikkerhet. Usikkerhet kan føre til redusert livskvalitet ved at pasienten hemmer sin hverdag basert på feiloppfatninger og opplever økt symptombyrde. Usikkerhet kan gi en følelse av tap av kontroll og hindre mestring (Biddle et al., 2019; Segesten, 2016). Ved å støtte pasientens håp og hjelpe dem mestre den nye hverdagen, kan de oppleve kontroll over egen kropp og økt trygghetsfølelse (Stubberud, 2022, s. 266-267).

Personsentrert sykepleie kan bidra til at pasientene føler seg sett og likeverdig. Det bidrar til økt trygghetsfølelse og livskvalitet ved å redusere sårbarheten (Stubberud, 2022, s. 35). Travelbee (1999/2007) vektlegger også viktigheten av å bli sett som pasient for å oppnå optimal helse. Det kan oppnås ved å snakke om deres behov for å oppnå en større forståelse av faktorene som påvirker deres livskvalitet for å bedre omsorgen (Rustøen, 2016, s. 80-107). Kontinuitet i tjenestene vil kunne gi en opplevelse av kontroll og skape tillit i relasjonen mellom partene og øke deres trygghetsfølelse (Stubberud, 2022, s. 44-45). Dilling 2017 påpeker at 75,2% av deltakerne i studien savnet kontinuitet i omsorgen. Kontinuitet er viktig for livskvalitet ved at det gir bedre kommunikasjon, koordinering og forståelse mellom pasient og helsepersonell (Haggerty et al., 2003). En oversiktsartikkel viser til at manglende kontinuitet under oppfølging gir redusert tillit til å motta støtte og at pasienten opplevde at å få ulik informasjon fra helsepersonell (Dong et al., 2016). Sykepleiere som har forståelse for pasientens problemer, viser kompetanse og er rolige, gir

pasienten tiltro til tjenestene og er viktig for trygghetsfølelsen til pasienten (Stubberud, 2022, s. 32-34).

Fjernovervåking av pasienter kan forbedre angst, depressive symptomer og smerteproblematikk. Kompetanse om selvmonitorering kan gi trygghet og gjenkjennelse av forverring på et tidligere stadium (Fukuzawa et al., 2021; Dilling et al., 2017). I en studie følte $\frac{2}{3}$ av deltakerne seg tryggere med fjernovervåking (Barra et al., 2022). Fjernovervåking anbefales i oppfølgingen av ICD pasienter i europeiske retningslinjer for ICD 2022 for å forbedre deres livskvalitet (Behr et al., 2022). Det er viktig at sykepleiere kartlegger hvor pasienten er i krisefasen for å tilpasse videre informasjon og oppfølging (Eide & Eide, 2019, s. 47-68). Sykdom kan oppleves som en trussel mot livet i seg selv som får mange til å revurdere seg selv og livet. Vurderingene vi tar vil være nært knyttet til følelser. Opplevelser og vurderinger påvirkes av hverandre i stor grad. En må dermed være fornøyd med livet både intellektuelt og emosjonelt for å oppleve god livskvalitet (Rustøen, 2016, s. 80-107).

5.4 Emosjonell støtte og helhetlig omsorg bidrar til økt livskvalitet

Flere studier konkluderer med at det er en generell tilfredsstillelse med ICD, men at det likevel rapporteres betydelige psykiske plager og redusert livskvalitet (Bennett et al., 2016; Barra et al., 2022; Fukuzawa et al., 2021). Dilling et al., (2017) oppga at 13,1% var noe eller svært misfornøyd med implantasjonen. Forskning tilsier at psykiske plager er assosiert med økt forekomst av arytmier og plutselig død (Biddle et al., 2019; Fukuzawa et al., 2021). Sykepleiers støtte kan forbedre psykologiske tilpasninger og redusere angst og stress (Fukuzawa et al., 2021). Ved å kartlegge livskvalitet kan sykepleiere få større forståelse for hvordan pasienten påvirkes av deres sykdom og hvilke behov de har. Kunnskapen gir forståelse for hvordan vi skal bedre omsorgen og behandlingen som pasienten mottar (Rustøen, 2016, s. 80-107). Hvordan sykepleiere ivaretar deres brukermedvirkning og psykososiale behov har betydning for hvordan de mestrer situasjonen i etterkant. Normale psykologiske reaksjoner ved sykdom kan utvikle seg til varige psykiske problemer, redusert funksjonsevne og overforbruk av helsetjenester (Stubberud, 2022, s. 212-213).

Angst og depresjon er faktorer for nedsatt livskvalitet (Dilling et al., 2017). Dong, (2016) påpeker at helsepersonell setter av for liten tid til å snakke om emosjonelle behov og vektlegger oftere vitenskapelige og kliniske aspekter i stedet for det emosjonelle. Pasienten har et behov for emosjonell støtte for å sikre nærhet og tilhørighet for å forhindre angst, depresjon og sinne. Sykepleiere kan bidra til pasientens emosjonelle kontroll ved å vise empati, tilstedeværelse, se pasienten, fremme verdighet og sosial kontakt (Stubberud, 2022, s. 212-213). Mangel på emosjonell støtte kan påføre pasienten større psykologiske plager, ifølge studien. Videre påpekes det at det er viktig å forstå pasientens holistiske behov for å bidra til deres mestringsfølelse og forbedre deres livskvalitet (Dong et al., 2016). Ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen kan vi sikre helhetlig pasientsentrert sykepleie da vi etterspør pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov. Da kan vi utforme et helhetlig hjelpetilbud (Brataas & Evensen, 2019, s. 7, 44-49).

Et holistisk menneskesyn betyr at vi viser forståelse for at menneskets fysiske og psykiske aspekter påvirker hverandre gjensidig og er tett knyttet til hverandre. Et slikt syn vil være viktig for å forstå kompleksiteten i opplevelsen av livskvalitet. Når en tar hensyn til hele mennesket kan en enklere forbedre livskvaliteten ved at det blant annet bidrar til å finne mening med livet og bedre akseptere seg selv. Dette støttes også av Rustøen (2016) der det påpekes at livskvalitet krever et holistisk menneskesyn. Pasientens opplevelse, forståelse og vurdering av sykdomssituasjonen har betydning for den psykologiske og sosiale tilpasningen under og etter sykdom. Det er viktig at sykepleieren fanger opp problemer tidlig i sykdomsforløpet og hjelper før det blir større og vanskeligere å håndtere (Stubberud, 2022, s. 460). Forskningsartikler anbefaler at tilnærmingen bør være helhetlig og at pårørende bør inkluderes (Biddle et al., 2019; Dong et al., 2016). Støtte fra pårørende og helsepersonell er viktig for å mestre livsstilsendringer, styrke egenomsorg og etterlevelse av forordnet behandling (Stubberud, 2022, s. 419). Støttegrupper kan også bidra til økt livskvalitet da det har større fokus på pasientens bekymringer som samtaleemne og får støtte av mennesker i lignende livssituasjoner (Dong et al., 2016). ICD pasienter trenger god oppfølging etter utskrivelse da de kan oppleve redusert søvn, angst, usikkerhet, depresjon og redusert livskvalitet (Stubberud, 2022, s. 295).

5.5 Metodediskusjon

Jeg har brukt litteraturstudier som metode og har forsøkt å være tro mot gjeldende retningslinjer for metoden. Jeg fikk hjelp til valg av databaser av bibliotekar. Det har likevel vært utfordrende å søke i de ulike databasene på korrekt måte og finne en god sammensetning av søkeord. Jeg kunne valgt andre databaser, språk og søkeord, men søkehistorikken min er gjort transparent og kan spores. Det er mulig at ved å bruke andre søkeord ville jeg ha funnet andre relevante artikler som besvarte problemstillingen i et annet lys. Feiltolkning av artiklene kan forekomme. Dette kan skyldes at vitenskapelige artikler er krevende å lese og forstå innholdet til (Søk & skriv, u.å., skriving). Det er dessuten viktig å bemerke at min forståelse og oversetting av artiklene fra engelsk til norsk kan være feiltolket.

Det er noen begrensinger ved å sammenligne artikler med ulike forskningsmetoder, da de kan være basert på ulike teoretiske perspektiver og datagrunnlag som gjør det utfordrende å trekke sammenligninger. Valg av forskningsmetoden kan være påvirket av mine personlige preferanser eller oppfatninger på hva som er den beste metoden å bruke. Likevel vil begrensningene være avhengig av oppgavens spesifikke tema og ved å være bevisst på utfordringen gjør at det er blitt tatt stilling til i konklusjonen (Brooker et al, 2017). Ordbegrensningen kan bidra til at det viktigste blir utvalgt, men kan gjøre tema mer overfladisk.

6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Resultatene mine viser at de faktorene som er viktige for opplevelsen av livskvalitet hos pasienter med implanterbar hjertestarter (ICD) som sekundærprofylakse ett år etter operasjonen er; hjelp til akseptering- og tilpasning i tiden etter ICD innleggelsen, å få informasjon og et undervisningstilbud, å bli møtt på stress og krisereaksjoner i oppfølgingstiden, å få emosjonell støtte og helhetlig omsorg. Ved å ivareta disse faktorene kan sykepleier bidra til å øke livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Når sykepleier forstår pasientens opplevelse, forståelse og vurdering av sykdommen kan en utforme et helhetlig personsentrert sykepleiefaglig oppfølging. Tiden som pasientene er inneliggende og de korte møtene i poliklinikken ved oppfølging utfordrer imidlertid sykepleiere muligheter for ivaretagelse av pasienten. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse slik at det trengs individuell tilpasset kartlegging og oppfølging for å ivareta pasienten. Ved å forstå pasientens psykiske reaksjoner ut ifra hvor i krisefasen de er, kan vi videre utforme et hjelpetilbud basert på informasjonen og erfaringer vi innhenter fra den didaktiske relasjonsmodellen som tilnærming. Kunnskapen herfra kan vi anvende for å hjelpe pasienten å mestre og å tilpasse seg sin sykdom.

Det er behov for ytterligere forskning om effekten av tiltakene og om disse faktorene er like viktige for opplevelsen av livskvalitet uavhengig av kjønn, alder og sosiale og samfunnsmessige forhold. Det er en viss svakhet knyttet til hvilke implikasjoner resultatene har for praksis ettersom forskning hovedsakelig baserer seg på mannlige pasienter.

7.0 Referanseliste

- Ariansen, I. K. H., Olsen, K. & Selmer, R. M. (2021, 26. november). *Hjerte- og karsykdommer*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Barra, S., Boveda, S., Chun, J. K. R., Conte, G., De Asmundis, C., Farkowski, M. M., Guerra, J., Januszkiewicz, Ł., Marijon, E., & Providencia, R. (2022). Long-term quality of life and acceptance of implantable cardioverter-defibrillator therapy: Results of the European Heart Rhythm Association survey. *European Society of Cardiology*, 24(5), 860–867. <https://doi.org/10.1093/europace/euac011>
- Bennett, P. D., Humphreys, N. K., Lowe, R. & Rance, J. (2016). Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients' experience. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 45(1), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.10.001>
- Biddle, M. J., Cameron, J., Chung, M. L., Hammash, M., McEvedy, S. M., Miller, J., Moser, D. K., Schrader, M., Ski, C. F., Smith, R. V., Thompson, D. R., Wimsatt, A. & Wright, J. (2019). Perceived control and quality of life among recipients of implantable cardioverter defibrillator. *Australian Critical Care*, 32(5), 383–390. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.08.005>
- Brataas, H. V. (2011). *Sykepleie-pedagogisk praksis: pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Behr, E. R., Blom, N. A., Charron, P., Corrado, D., Dagres, N., De Chillou, C., De Riva, M., Eckardt, L., Friede, T., Haugaa, K. H., Hocini, M., Lambiase, P. D., Marijon, E., Merino, J. L., Peichl, P., Priori, S. G., Reichlin, T., Schulz-Me, J., Sticherling, C., . . . Zeppenfeld, K. (2022). 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *European Heart Journal*, 43(40), 3997-4126. [10.1093/eurheartj/ehac262](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262)
- Brooker, D., Casey, D., Houghton, C. & Murphy, K. (2017). Comparing qualitative

research methodologies for systematic reviews: A review of thematic, content and narrative analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3406-3416.

Cullberg, J. (2008). Krisens forløp og symptomer. *Mennesker i krise og utvikling-en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (s. 128-141). Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Gyldendal akademisk.

Dilling, K., Johansen, J. B., Knudsen, C., Pedersen, S. S. & Sandegaard, N. C. F. (2017). Living with an implantable cardioverter defibrillator: Patients' preferences and needs for information provision and care options. *EP Europace*, 19(6), 983–990. <https://doi.org/10.1093/europace/euw109>

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregisterer. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Dong, Y., He, H.-G., Ooi, S.L. & Wang, W. (2016). Perceptions and experiences of patients living with implantable cardioverter defibrillators: A systematic review and meta-synthesis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0561-0>

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg). Gyldendal Norsk Forlag

Eilertsen, M. G., Hansen, T., Nes, R. B., Nilsen, T. S. & Røysamb, E. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 17. oktober 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/#endringshistorikk>

Flagtvedt, H. & Norekvål, T. M. (2019, 22 mars). Implantert hjertestarter kan gi fantomsjokk. *Sykepleien*, 107(4), 110-114. 10.4220/Sykepleiens.2019.76099

Folkehelseinstituttet. (u.å.) *Hjerte- og karregisteret: Total forekomst utvalgte prosedyrer, antall- Alle pasienter, Norge*. <https://statistikkbank.fhi.no/hkr/>

Fukuzawa, K., Hayashi, M., Hirata, K., Kiuchi, K., Komoriya, K., Miyawaki, I., Ogawa, T., Ota, M., Saito, N., Takami, M., & Tanioka, R. (2021). Device nurse intervention facilitates the patients' adaptation to cardiac shock devices in the remote monitoring era. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, *44*(11), 1874–1883. <https://doi.org/10.1111/pace.14348>

Glasberg, A.-L., Fagerstrom, T. & Pellfolk, T. (2013). Zest for life among 65- and 75-year-olds in Northern Finland and Sweden – a cross-sectional study. *Scandinavian journal of caring sciences*, *28*(2), s. 328-226. <https://doi.org/10.1111/scs.12062>

Grasaas, E., Haraldstad, K., Helseth, S., Mikkelsen, H. T., Rohde, G., Skarstein, S. & Småstuen, M. C. (2022). The relationship between stress and health-related quality of life and the mediating role of self-efficacy in Norwegian adolescents: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, *20*(162). <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02075-w>

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, *327*(7425), Artikkel e1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

HajKheder, S., Haase-Fielitz, A. & Butter, C. (2019). Beitrag von kardialen elektronischen Implantaten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Herzschr Elektrophys*, *30*(2), 160–167. <https://doi.org/10.1007/s00399-019-0619-x>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Høgskulen på Vestlandet [HVL]. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Kasteleyn, M. J., Versluis, A., van Peet, P., Kirk, U. B., van Daltsen, J., Meijer, E., Honkoop, P., Ho, K., Chavannes, N. H. & Talboom-Kamp, E. P. W. A. (2021). SERIES: EHealth in primary care. Part 5: A critical appraisal of five widely used eHealth applications for primary care - opportunities and challenges. *The European Journal of General Practice*, 27(1), 248–256.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1962845>

Kvåle, R. (2022, 4. oktober). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2021/>

Landon, B. E., Levine, D. M. & Linder, J. A. (2016). The Quality of Outpatient Care Delivered to Adults in the United States, 2002 to 2013. *JAMA Internal Medicine*, 176(12), 1778–1790.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6217>

Langeland, E. (2009, 4. desember). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4(4), 288-296.
10.4220/sykepleienf.2009.0143

Lode, K. (2016). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 49). Cappelen Damm.

Norsk sykepleierforbund [NSF]. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 17. oktober 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: Forskning om det gode liv* (s. 15–47). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang?: En praktisk guide*. Universitetsforlaget.

Platou, E. S & Steen, T. (u.å.) Norsk pacemaker og ICD - statistikk for 2020. *Hjerteforum*, 34(2), 60-67.

Rokne, B. & Wahl, A. K. (2011). Sykepleie. I J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet Forskning om det gode liv* (s. 191-197). Fagbokforlaget.

Rustøen, T. (2016). Livskvalitet og velvære. I A. K. T. Heggstad & U.Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 80–107). Cappelen Damm.

Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 146–153). Cappelen Damm.

Skarstein, J. (1998). Mentale og følelsesmessige reaksjoner ved alvorlig sykdom. I K. Ronge (Red.), *Mitt liv-Mitt håp: Mennesker i møte med alvorlig sykdom og skade* (s. 35–46). Grøndahl og Dreyers Forlag.

Stubberud, D.-G. (2022). *Sykepleie ved hjertesykdom* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Søk & skriv. (2022). *Kjeldebruk*. <https://www.sokogskriv.no/kjeldebruk/>

Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2015). *Bacheloroppgaven for Sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlag.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1999).

World Health Organization [WHO]. (2012. 1. mars). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/toolkits/whoqol>

World Health Organization [WHO]. (u.å.). *A visualized overview of global and regional trends in the leading causes of death and disability 2000-2019*. <https://www.who.int/data/stories/leading-causes-of-death-and-disability-2000-2019-a-visual-summary>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg I - Søkehistorikk

Database/dato	Søk	Søkeord/mesh terms	Antall treff	Leste artikler	inkludert i oppgaven
MEDLINE 09/12-22	#1	Defibrillators,implantable/	19083		
	#2	implantable cardioverter defibrillator.mp.	11911		
	#3	#1 OR #2	23221		
	#4	Psychosocial intervention/	825		
	#5	"Quality of life"/	260957		
	#6	QOL.mp.	51072		
	#7	Health related quality of life.mp.	57701		
	#8	Psychosocial factors.mp.	15237		
	#9	experiences.mp.	262871		

	#10	#4 OR #8 OR #9	278155		
	#11	5 OR #6 OR #7	297312		
	#12	3 AND #10 AND #11	38		
	#13	limits yr=2015- current	21	8	(C,D,F)
MEDLINE 10/12- 22	#1	Defibrillators, Implantable/	19083		
	#2	implantable cardioverter defibrillator.mp.	11911		
	#3	#1 OR #2	23221		
	#4	Quality of Life/	260957		
	#5	#3 AND #4	707		
	#6	limits yr=2015 - current	247	27	(A,B,C,D,F)
CINAHL 10/12-22	#1	MH "Defibrillators, Implantable"	11,345		
	#2	"implantable cardioverter defibrillator"	10,488		
	#3	#1 OR #2	12,767		
	#4	MH "Quality of Life"	138,826		

	#5	"Health Related Quality Of Life"	76,299		
	#6	"QOL"	20,095		
	#7	#4 OR #5 OR #6	148,368		
	#8	"Psychosocial Factors"	530,956		
	#9	"Psychological Well-Being"	34,677		
	#10	"Experiences"	191,000		
	#11	#8 OR #9 OR #10	685,954		
	#12	#3 AND #7 AND #11	214		
	#13	limits yr=2015 - current	59	15	(C,D,E,F)

Tekstord: mp. Emneord: / eller MH. Frasesøking: « »

- (A) (Barra et al., 2022)
 (B) (Fukuzawa et al.,2021)
 (C) (Dong et al.,2016)
 (D) (Bennett et al.,2016)
 (E) (Dilling et al.,2017)
 (F) (Biddle et al.,2019)

8.2 Vedlegg II - Litteraturmatrise

8.2.1 Matrise artikkel A

Forfatter:	Barra, S., Boveda, S., Chun, J. K .R., Conte, G., De Asmundis, C., Farkowski, M. M., Guerra, J., Januszkiewicz, Ł., Marijon, E., & Providencia, R.
År:	2022
Land:	Storbritannia
Tidsskrift:	European Heart Rhythm Association
Tittel	Long-term quality of life and acceptance of implantable cardioverter-defibrillator therapy: results of the European Heart Rhythm Association survey
Hensikt	Undersøke hvordan ICD påvirker livskvalitet med utgangspunkt i pasientens perspektiv
Metode	Prospektiv multisenterstudie
Deltagere	1809 deltagere der kvinner utgjorde 34,5% Medianalder: 60-70 år Median år siden implantasjon: 5 år
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none">- Det er en klar sammenheng mellom forekomst av komplikasjoner og redusert livskvalitet. Komplikasjoner fører til redusert trygghetsfølelse, betydelig livsstilsendringer eller anger på implantasjonen.- Informasjonen, detaljert samtykkeprosess og involvering i beslutningsprosessen er med på å bidra til trygghet og forebygge redusert livskvalitet.

	<ul style="list-style-type: none"> - 45 % av deltakerne opplevde økt livskvalitet etter implantasjonen mot 10 % som rapporterer dårligere livskvalitet etter implantasjonen. - ICD kan påvirke pasientens livskvalitet og psykologisk velvære på grunn av faktorer som angst, depresjon og bekymringer knyttet til enheten. - Pasientens oppfatning av livskvalitet kan variere avhengig av faktorer som kjønn, alder, behandling av underliggende hjertesykdom og hvor lenge de har hatt enheten
Styrker og Svakheter	<p>Subjektiv data fra pasientgrupper gir rom for under- og overrapportering eller feilklassifisering av hendelser, komplikasjoner og sjokk. Likevel samsvarer resultatene fra studien med tidligere litteratur. Metoden styrker validiteten av resultatene da en får stort datamateriale. Dette med forutsetning om at studien har hatt god kvalitetskontroll ved datainnsamling. Deltakerne er fra flere europeiske land som styrker generaliserbarheten av funnene. Artikkelen gjorde ikke rede for om respondentene som ikke svarte skilte seg fra dem som gjorde i tillegg til at det ikke er oppgitt svarprosent. Studien inneholdt 1809 deltagere, så det er rimelig å tenke at svarprosenten er høy nok.</p>
Etisk godkjent	Lokal etikk komite ved nødvendighet
Kvalitetsvurdering	<p>Sjekkliste prevalensstudie 11/12 poeng</p> <p>Tidsskrift Nivå 2</p>

8.2.2 Matrise artikkel B

Forfatter:	Fukuzawa, K., Hayashi, M., Hirata, K., Kiuchi, K., Komoriya, K., Miyawaki, I., Ogawa, T., Ota, M., Saito, N., Takami, M., & Tanioka, R.
År:	2021
Land:	Japan
Tidsskrift:	Pacing and Clinical Electrophysiology
Tittel	Device nurse intervention facilitates the patients adaption to cardiac shock devices in the remote monitoring era
Hensikt	Vurdere effekten av sykepleiers telefonstøtte for pasientens tilpasning til sjokk enheter der sekundærmål var effekten av sykepleierens støtte til å forbedre pasientens helse relaterte livskvalitet og følelsesmessige plager.
Metode	Single arm nonrandomized design/intervensjonsstudie uten kontroll
Deltagere	95 deltagere der kvinner utgjorde 26% Medianalder var 69 år Median år siden implantasjon: 5,2 år 60 deltagere hadde ICD mens resterende 35 hadde CRTD.

Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter med implanterbar elektroniske enheter opplever psykiske utfordringer. Intervensjonen økte pasientens akseptering og tilpasning til sjokk enheter i tillegg til å øke helse relatert livskvalitet og redusere angst. - Intervensjonsgruppen hadde signifikant bedre tilpasning til sin ICD og høyere livskvalitet enn kontrollgruppen - Sykepleier bør vise støtte, gi råd og veiledning om mestringsteknikker til pasienten for at de kan oppnå mestring og økt livskvalitet. - Sykepleier kan forbedre samhandling mellom lege og pasient som kan forbedre pasientens aksept og livet med en sjokk- enhet og dermed deres livskvalitet.
Styrker og svakheter	<p>Ved valgt studiedesign kan en ikke utelukke at andre faktorer kan ha bidratt til utfallet, men siden pasientgruppen har hatt enheten over tid kan vi anta at deres endring var på grunn av intervensjonen. Det er heller ingen kontrollgruppe for å kontrollere og sammenligne resultatet av intervensjonen. Det er ikke alltid like etisk å bruke kontrollgrupper. Personene kunne blitt fulgt opp lengre slik at resultatet var mer overførbart til praksis som gir grunnlag for 10 poeng i sjekklisen.</p>
Etisk godkjent	Ja, av en etisk komite ved sykehuset
Kvalitetsvurdering	<p>Sjekklise for kohortstudier, poengsum 10/11</p> <p>Tidsskrift Nivå 1</p>

8.2.3 Matrise artikkel C

Forfatter:	Dong, Y., He, H-G., Ooi, S. L., & Wang, W.
År:	2016
Land:	USA
Tidsskrift:	BMC a part of springer nature
Tittel	Perceptions and experiences of patients living with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review and meta-synthesis
Hensikt	Gi en oversikt over ICD mottakerens erfaringer med hensyn til livskvalitet, mestringsstrategier, læringsbehov og oppsummere deres oppfatninger
Metode	Systematisk oversikt med metasyntese
Artikler	16 kvalitative studier, 22 kvantitative studier og 1 studie med blandede metoder. Artikler fra 2005-2016 fra CINAHL, MEDLINE, Psycinfo, scopus, Cochrane Library og web of science
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none">- Sykepleiere vektlegger vitenskapelige og kliniske aspekter i stedet for pasientens bekymringer. Ikke konstruktiv støtte gitt av helsepersonell førte til mer usikkerhet, større psykiske plager og redusert enhets aksept og påvirket deres livskvalitet- Pasientens tillit til å motta støtte ble redusert av mangel på kontinuitet og begrenset tidsrom under oppfølgingen. Vi må forstå pasientens holistiske behov for å forstå hvordan vi kan hjelpe dem å mestre en ny hverdag og forbedre deres livskvalitet.

	<ul style="list-style-type: none"> - Studien støtter at sjokk gir mer psykologiske plager og bekymringer enn ingen sjokk. Angst og usikkerhet angående ICD påvirker pasientens daglige funksjon og livskvalitet
Styrker og svakheter	<p>Opplevelsene deltagerne hadde kan være påvirket av underliggende hjertesykdommer, komorbiditet og livsstressfaktorer. Det kan dermed være vanskelig å dele erfaringer som er utelukkende relatert til ICD. Forskerne hadde ikke tilgang til medisinske journaler slik at de ikke bekrefte sjokkhistorie til deltakerne, men fantom sjokk blir beskrevet tilnærmet likt som objektivt sjokk slik at opplevelsen er lik. Forskeren ble ikke blindet for sjokkopplevelsen til pasienten. Systematiske oversikter er ofte pålitelige og av høy kvalitet for å svare på en gitt problemstilling. Ved å kritisk vurdere artikkelen er det uklart for meg om alle de viktigste utfallsmålene ble vurdert.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>10/11 poengsum fra sjekklister om oversiktsartikler</p> <p>BMC er Nivå 2 tidsskrift mens springer nature er nivå 1 tidsskrift</p>

8.2.4 Matrise artikkel D

Forfatter:	Bennett, P. D., Humphreys, N. K., Lowe, R., & Rance, J.
År:	2015
Land:	Storbritannia
Tidsskrift:	Heart and Lung
Tittel	Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients' experience
Hensikt	Utforske pasienter med ICD sin opplevd erfaring knyttet til bekymringer, fordeler, emosjonelle reaksjoner og mestringsstrategier
Metode	kvalitativ studie med semi strukturert intervju
Deltagere	Deltagere var 31 der 7 var kvinner Alder varierte fra 28 år til 68 år Alle hadde hatt ICD i over 1 år
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none">- Unngåelsesatferd er ofte brukt mestringsstrategi som kan gi redusert livskvalitet, økt risiko for arytmier og dårligere hjerte stamina. Atferden brukes i sin hensikt for å gjenvinne kontroll og hindre mulighet for sjokk.- Psykososiale intervensjoner kan brukes for å korrigere falske forventninger om livsstilen med ICD for å øke deres livskvalitet

	<ul style="list-style-type: none"> - Ved å revurdere mål kan en finne mening i tilværelsen slik at det er lettere å akseptere sin ICD-enhet. Enhet akseptering er viktig for opplevelsen av livskvalitet. - Studien påpeker at sjokk kan gi økt sårbarhet og engstelse, men kan også kunne gi trygghet og sikkerhet. - Alle deltakerne opplever i varierende grad en følelse av tap på grunn av deres ICD og hjertesykdom som påvirket deres grad av livskvalitet - Mestringsstrategier som har fokus på positivitet, finne mening, revurdere mål og ambisjoner for fremtiden gjør det lettere å akseptere og tilpasse seg til ICD i tillegg til å fremme selvtillit og mestring som er faktorer som påvirker opplevelse av livskvalitet. - Det er behov for mer støtte og oppfølging for pasienter med ICD for å håndtere psykologiske aspekter ved enheten
Styrker og svakheter	Studien har få deltagere slik at det er utfordrende å blindt implementere forskningen i praksis, men resultatene samsvarer med lignende litteratur. Fokuserer på pasienter med ICD som har partner slik at det er mulig at pasienter som er enslige ikke har samme opplevelse og erfaringer. Spørreskjema og personlig intervju ga deltakerne mulighet til å beskrive opplevelsene sine nøyaktig og i detalj.
Etisk godkjent	Ja av NHS etikk komite
Kvalitetsvurdering	11/11 sjekklister kvalitativ studie Nivå 1 tidsskrift

8.2.5 Matrise artikkel E

Forfatter:	Dilling, K., Johansen, J. B., Knudsen, C., Pedersen, S. S., & Sandegaard, N. C. F
År:	2017
Land:	Danmark
Tidsskrift:	EP Europace
Tittel	Living with an implantable cardioverter defibrillator: patients' preferences and needs for information provision and care options
Hensikt	Undersøke pasientens behov og preferanser for informasjons-og omsorgstilbud i tillegg til hvordan den generelle tilfreds er med dagens behandling
Metode	Blandet metode med kvantitativt spørreskjema
Deltagere	Deltagere var 372 der kvinner utgjorde 18,5 % Median alder 65+-11 år Utført implantasjon de siste 2 årene
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none">- Tilfredsstillelse med informasjonstilbud er viktig i sammenheng med livskvalitet der misfornøyde pasienter rapporterer nedsatt funksjonsevne.- Angst og depresjon er faktorer for nedsatt fysisk, sosial og psykologisk funksjon og generell livskvalitet. Frykt for sjokk er en indikator for vedvarende depresjon hos ICD pasienter.

	<ul style="list-style-type: none"> - Det å snakke med helsepersonell, tilbakemelding via fjernovervåkning, personlig samtale 2-3 uker etter implantasjonen, treningstoleranse test og bli spurt om hvordan de har det under innleggelse er de behandling alternativene som kom frem pasienten ønsket seg for å bedre deres hverdag etter implantasjonen. - Flere pasienter ønsket mer involvering i beslutninger om behandling og omsorg for å oppleve kontroll over eget liv.
Styrker og svakheter	Studien spesialdesignet spørreskjemaet ved hjelp av pasientgruppen for å sikre at de viktigste temaene ble tatt opp. Resultatene samsvarer med lignende litteratur. Data som ble innsamlet baserer seg bare på et enkelt senter slik at resultater må tolkes med forsiktighet alene. Det er uklart for meg om artikkelen redegjorde bakgrunnsforhold som påvirket fortolkningen.
Etisk godkjent	Ja av regionale vitenskapsetiske komite for Syddanmark og dansk datatilsyn
Kvalitetsvurdering	10/11 poeng ved kvalitativ sjekkliste Nivå 2 tidsskrift

8.2.6 Matrise artikkel F

Forfatter:	Biddle, M. J., Cameron, J., Chung, M. L., Hammash, M., McEvedy, S. M., Miller, J., Moser., D. K., Schrader, M., Ski, C. F., Smith, R. V., Thompson, D. R., Wimsatt, A., & Wright, J.
År:	2018
Land:	Australia
Tidsskrift:	Australian Critical Care
Tittel	Perceived control and quality of life among recipients of implantable cardioverter defibrillator
Hensikt	Bestemme forholdet mellom opplevd kontroll og livskvalitet hos ICD mottakere og bestemme prediktorer for opplevd kontroll
Metode	Tverrsnittstudie
Deltagere	Deltakerne var 263 derav 73 var kvinner Medianalder 61+-14 år Må ha hatt ICD i mer enn 1 år
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Opplevd kontroll er en viktig faktor for å forstå pasientens livskvalitet. Opplevd kontroll kan påvirke faktorer for livskvalitet som sosial- og fysisk funksjon og psykologisk velvære. - Pasienter med opplevelse av kontroll over sitt liv hadde høyere livskvalitet enn de som opplever lavere grad av kontroll

	<ul style="list-style-type: none"> - Lavere nivå av oppfattet kontroll og høyere HADS skår er sterkt assosiert med verre helserelatert livskvalitet. - Intervensjoner rettet mot pasientens bekymringer og psykososiale faktorer før og etter implantasjon er nødvendig for å forbedre oppfattet kontroll og indirekte deres helserelaterte livskvalitet. - Psykoedukasjon og veiledning kan redusere psykososial lidelse som medvirker til økt opplevd kontroll og dermed helserelatert livskvalitet. - Ved unngåelsesatferd reduserer mottakeren selvkontroll, HRQOL forverres og betydelig flere vil føle seg engstelig og deprimert.
Styrker og svakheter	Mer enn 70% av deltakerne var menn som gjør det utfordrende å implementere resultatet uavhengig av kjønn. Studien tar ikke høyde for årsaken til effekten mellom opplevd kontroll og livskvalitet. Ved å bruke subjektive spørreskjema risikerer en at deltaker er påvirket av sin emosjonelle tilstand ved utspørringen.
Etisk godkjent	Ja, av sykehusene
Kvalitetsvurdering	12/12 sjekklister for tverrsnittstudie Nivå 1 tidsskrift