



**LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR HOS PATIENTER MED ANGINA
PECTORIS EFTER SEKUNDÄRPREVENTIVT
BEHANDLINGSPROGRAM**

En kvalitativ intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-05-16
Kurs: Ht16

Författare:
Caroline Hemberg

Jessica Andersson

Handledare:
Maria Wahlström

Examinator:
Caroline Löfvenmark

SAMMANFATTNING

Kranskärslssjukdom anses vara en av de vanligaste dödsorsakerna i världens höginkomstländer och kan idag även benämnas som en folksjukdom som drabbar personer i alla åldrar. Sjukdomen är komplex och delas oftast in i stabil angina pectoris och akut koronart syndrom [AKS]. Riskfaktorer som t.ex. högt blodtryck, höga blodfetter och rökning ökar risken avsevärt för att drabbas av kranskärslssjukdom eller att återinsjukna. Fokus på att reducera dessa riskfaktorer kan förbättra överlevnad, minskar risken för nya kardiovaskulära händelser samt kan förbättra livskvalitén. Det grundar sig bl.a. i sjukvårdens sekundärpreventiva arbete där information och kunskap om riskfaktorer kan leda till livsstilsförändringar. Hjärtrehabiliteringssjuksköterskans roll innebär bl.a. att utbilda och vägleda patienten till livsstilsförändringar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och ett individuellt stöd som kan generera hälsofrämjande fördelar.

Syftet var att undersöka om patienter med angina pectoris genomfört livsstilsförändringar efter att ha medverkat i ett sekundärpreventivt behandlingsprogram samt beskriva deras upplevelse av den givna informationen.

En empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats användes, där intervjuer av sju informanter utfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Alla informanter hade nydiagnostiserats med angina pectoris, deltagit i hjärtskola och haft uppföljningssamtal hos hjärtrehabiliteringssjuksköterskan. Det insamlade intervjumaterialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys på en manifest nivå.

I resultatet framträdde fyra kategorier; beteendeförändring, önskan om personcentrerad vård, kunskap om att tillämpa egenvård och livsstilsförändringar kan ge hälsorelaterad livskvalitet. Första kategorin "Beteendeförändring" beskrev önskan om förändringar, dels av redan invanda vanor men även skapandet av nya hälsosamma vanor. Det framkom en ökad medvetenhet kring hälsofrämjande vanor men de upplevdes vara svåra att bibehålla och därför fanns en önskan om mer uppföljning från hjärtrehabiliteringspersonal. Nästa kategori var "Önskan om personcentrerad vård". Det var önskvärt att den information och utbildning som tillämpades skulle vara personcentrerad och individanpassad då förutsättningarna och behoven hos informanterna var olika. Det kunde då ge trygghet och möjlighet att hantera sin sjukdom men det grundade sig i att det skedde återkoppling från bl.a. hjärtrehabiliteringssjuksköterskan. Nästa kategori, "Kunskap att tillämpa egenvård" beskrev vikten av information. En välinformerad patient med sjukdomsinsikt gjorde mer livsstilsförändringar och bibehöll dom. Det gav även en motivation till delaktighet i sin egenvård men där kunskap saknades eller informationen inte nått fram gav det motsatt resultat. Den sista kategorin som framträdde var "Livsstilsförändringar kan ge hälsorelaterad livskvalitet" där betydande faktorer var ett ökat välmående till följd av god psykosocial hälsa. Att stärka känslan av god livskvalitet genom ett helhetsperspektiv.

Denna studie visar på att sekundärprevention kräver en personcentrerad vård som utgår från den enskildes behov och förutsättningar. Det grundar sig i en individuell behandlingsplan med en anpassad information som skapar förutsättningar för delaktighet och kunskap och som sin tur kan leda till livsstilsförändringar. Men det kräver även kvalitetsutveckling med tydligare riktlinjer och rutiner kring uppföljning och återkoppling.

Nyckelord: Angina pectoris, livsstilsförändringar, personcentrerad vård, sekundärprevention.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is described as one of the most common cause of death in high income countries over the world and can also be termed as an endemic disease that effects people of all ages. Cardiovascular diseases are a complex disease and is divided in to stable angina pectoris and acute coronary syndrome [ACS]. High blood pressure, high blood lipids and smoking increases the risk significant for coronary artery disease or relapse. Focus on reducing these three factors however may improve survival, reducing the risk of a new cardiovascular event and improve quality of life. Secondary prevention based on information, guidance and knowledge about risk factors is provided by cardiac healthcare and it's known to lead into lifestyle changes. The cardiac rehabilitation nurse role involves educating and guiding the patient towards lifestyle changes based on a person-centered approach where the individual support can generate health-promoting benefits.

The aim of the study was to investigate whether patients with angina pectoris completed lifestyle changes after participated in secondary prevention treatment-program and describe how they experienced that given information.

An empirical interview study with a qualitative approach was used, where interviews of seven informants were conducted using a semi-structured interview guide. All the informants had been diagnosed with angina pectoris, participated in a cardiovascular educational heart program and had a follow-up with the nurse at the cardiac rehabilitation center. The collected interview material was analyzed with a qualitative content analysis on a manifest level.

Four categories appeared in the result; behavioral change, wish for personal-centered care, knowledge to apply self-care and changes can give health-related quality of life. First category "Behavioral change" described the wish for change, partly by already habitual habits but also the creation of new healthy ones. An increased awareness of health-promoting habits emerged however that there was a struggle to maintain them and therefore there were a desire of more follow-up from the cardiac rehabilitation personnel. Next category was "Wish for personal-centered care". Because of the informants differences in conditions and needs the applied information and education should therefore be person-centered and personalized. The feedback from cardiac health care could provide a safety feeling and ability to manage the disease. Next category "Knowledge to apply self-care" describes the importance of information and knowledge. A well-informed patient with insight and awareness of the disease made more lifestyle changes as well as maintained them. Overall that leads to a motivation for participation in their own care. But it leads to opposite result if there were a lack of knowledge or if the information could not be obtained. Last category was "Changes can give health-related quality of life". A significant factor were an increased well-being, as a result of good psychosocial health. It strengthen the sense of good quality of life through a holistic perspective.

A person-centered care is required based on the individual's needs and conditions in order to succeed in secondary prevention. Lifestyle changes is based on individual treatment plans where fitted information creates the conditions for participation and knowledge. However, it requires quality enhancement with well-defined guidelines and routines for follow-up and feedback from the cardiac rehabilitation nurse.

Keyword: Angina pectoris, lifestyle changes, patient-centered care, secondary prevention.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kranskärslsjukdom.....	1
Angina pectoris.....	1
Risikfaktorer.....	2
Sekundärprevention.....	4
Personcentrerad vård.....	7
Problemformulering.....	8
SYFTE	8
METOD	8
Ansats/Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	10
Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet.....	11
Forskningsetiska övervägande.....	11
RESULTAT	12
Genomföra beteendeförändring.....	12
Önskan om personcentrerad vård.....	13
Kunskap om att tillämpa egenvård.....	14
Livsstilsförändringar kan ge ökad hälsorelaterad livskvalitet.....	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats.....	24
Klinisk tillämpbarhet.....	25
Framtida forskning.....	25
REFERENSLISTA	26

Bilaga 1 – Hjärtskola

Bilaga 2 – Intervjuguide

Bilaga 3 – Forskningspersonsinformation

INLEDNING

Kranskärslssjukdom beskrivs som en av de vanligaste dödsorsakerna i världens höginkomstländer. Sekundärprevention där förebyggande insatser med en strävan efter att motivera och hjälpa personer med kranskärslssjukdom har visat sig vara framgångsrika. Riktlinjer för sekundärprevention av kranskärslssjukdom kan beskrivas som ett redskap och den understryker nyttan med riskbedömning och det individuella stödet som kan generera hälsofrämjande fördelar. Sjukvården har sen gamla traditioner ett intresse i sunda levnadsvanor som i sin tur kan främja hälsan, som t.ex. sekundärprevention för hjärt- och kärslsjuka. Socialstyrelsen (2015c) betonar att alla patienter med angina pectoris bör erhålla sekundärprevention, där specialiserad hjärtrehabilitering erbjuds för en ökad kunskap kring kranskärslssjukdom och dess riskfaktorer samt förebygga nya hjärthändelser.

BAKGRUND

Kranskärslssjukdom

Kranskärslssjukdom benämns idag som en folksjukdom och anses vara en vanlig dödsorsak, framförallt hos den äldre populationen (Persson & Stagmo, 2014). Dock drabbar sjukdomen personer i alla åldrar och kan leda till en sämre livskvalitet, men kan även innebära för tidig död. Kranskärslssjukdom brukar delas in i akut koronart syndrom [AKS] och stabil angina pectoris. AKS innefattar hjärtinfarkt, både ST-höjning infarkt och icke ST-höjningsinfarkt, samt instabil angina pectoris (Erlinge & Nilsson, 2017). Kranskärslssjukdom beror oftast på ateroskleros, åderförkalkning, som är en kronisk sjukdom som uppstår till följd av inflammation i artärväggen. Detta kan i sin tur kan leda till angina pectoris, även benämnt kärllkramp (Patel & Adams, 2008). Bildandet av ateromatösa plack startar redan i tonårsåldern genom att det lagras kolesterol i kärllväggen. Stabil angina pectoris orsakas av stenoserande plack som är stabila och utan trombpålagring. Genom en inflammatorisk process kan ett stabilt plack utvecklas till ett vulnerabelt instabilt plack, vilket ökar dess benägenheten till ruptur (Erlinge, 2010; Erlinge & Nilsson, 2017). Inflammationen i artärväggen spelar en viktig roll i hur det stabila placket kan förändras till att bli ett instabilt plack, med risk för att utveckla plackruptur (Patel & Adams, 2008). Den största bakomliggande orsaken till att patienten drabbas av AKS är att det skett en ruptur av det inflammerade placket. Detta uppfattar trombocyterna som en kärllskada och som i sin tur aktiverar koagulationsmekanismer så att en tromb bildas som kan ockludera kranskärlet (Erlinge & Nilsson, 2017). Vid ST-höjningsinfarkt har tromben ockluderat hela kranskärlet medans vid icke-höjningsinfarkt och instabil angina är ocklusionen bara partiell (Erlinge, 2010).

Angina pectoris

Symtom

Persson och Stagmo (2014) beskriver att symtom på angina pectoris kan uppstå vid till exempel aktivitet, kyla eller stress men även i vila. I vila har oftast placket ingen betydelse, men vid ansträngning krävs ett ökat blodflöde till myokardiet. Placket påverkar kärllumen och möjligheten till det ökade blodflödet vilket kan då leda till symtomgivande besvär (Erlinge, 2010). Vid stabil angina pectoris så får patienten ofta ont eller obehag i bröstet vid fysisk ansträngning som avtar efter mindre än 15 minuter i vila. Instabil angina karakteriseras istället av ökade besvär av stabil angina, nydebuterad viloangina eller som

en nyttillkommen svår angina med nyttillkomna ST-sänkningar och T-vågsnegativiseringar (Erlinge & Nilsson, 2017). Smärtan uppkommer enligt Persson och Stagmo (2014) som en följd av koronarflödets otillräckliga syretillförsel till den drabbade delen av myokardiet. Symtomen försvinner ofta efter några minuter om patienten vilar eller intar kärllidgande läkemedel som nitroglycerin (Erlinge, 2010).

Utredning och behandling

Det är uppskattningsvis cirka 200 000 personer i Sverige som är drabbade av angina pectoris, varav 12 000 vårdas för instabil angina varje år. För att ställa diagnosen stabil angina är förstahandsutredningen att genomföra ett arbetsprov, vilket i de flesta fall brukar innebära att göra ett cykeltest. Inger arbetsprovet misstanke om angina pectoris så utförs i de flesta fall även en kranskärlsröntgen som ett vidare led i utredningen. Stabil angina pectoris behandlas i första hand med läkemedel där syftet är att minska symtom och förebygga akut koronar händelse samt minska den aterosklerotiska progressen i kranskärlen (Erlinge & Nilsson, 2017). För att kunna kupera kärllkrampsanfall kan nitroglycerin användas. För att minska risken för hjärtinfarkt sker behandling med acetylsalicylsyra [ASA] vilket skyddar mot trombos ifall en plackruptur skulle uppstå. Genom att behandla med kolesterolsänkande statiner kan progressen av placken minska. Behandlingen består även av betablockerare för att lindra kärllkrampen och minska risken för eventuella arytmier (Erlinge, 2010). Vid adekvat läkemedelsbehandling samt livsstilsförändringar har patienter med stabil angina en mycket god prognos, dock beskriver Persson och Stagmo (2014) att patienter med instabil angina löper 10–15 procent risk att utveckla infarkt inom en månad om inte adekvat behandling påbörjas. För att minska risken för vidare utveckling av sjukdomen samt minska risken för återinsjuknanden krävs både läkemedelsbehandling och livsstilsförändringar för att uppnå optimala resultat (Patel & Adams, 2008).

Vid patienter med symtomatisk instabil angina utförs inte arbetsprov utan då sker oftast kranskärlsröntgen direkt. Kranskärlsröntgen görs för att bedöma kranskärlförträngningar samt visualiserar kranskärlsanatomin. Om en kärllförträngning är ≥ 50 procent av hjärtats kranskärlslumen bedöms den vara signifikant. En signifikant förträngning påverkar inte blodflödet i vila, men vid t.ex. en kraftigare ansträngning förhindras en maximal flödesökning. Om förträngningen värderas att ha fysiologisk betydelse och påverkan på blodflödet och dess maximala flödesökning så kan detta åtgärdas med percutan coronar intervention [PCI] eller coronary artery bypass grafting [CABG] vilket också benämns som kranskärlsoperation (Erlinge, 2010). PCI anses vara en sedvanlig behandling för patienter med kranskärlssjukdom, framförallt hos patienter med angina pectoris som inte svarar på medicinsk behandling (Kattainen, Meriläinen & Sintonen, 2006). PCI-behandling har visat på långsiktiga positiva effekter inte bara på smärtan, men även på patientens livskvalitet (Lukkarinen & Hentinen, 2006).

Risikfaktorer

Rökning

Persson och Stagmo (2014) beskriver att rökning leder till minskad syresättning av kärlen, vilket i sin tur kan ge endotelskada och förutsättningar för fettinlagringar i kärllväggen. Vid rökstopp minskar risken för återinsjuknande betydligt. Att sluta röka är därför ett viktigt mål i det sekundärpreventiva arbetet vid kranskärlssjukdom (Montalescot et al., 2013). Många fortsätter att röka efter intervention, såsom PCI, men Reid, Pipe och Quinland (2007) beskriver att en ökad uppföljning har visat sig ge ett bättre resultat angående

rökstopp. Trots att det idag är vedertagen kunskap att rökning är skadligt för hälsan, så krävs det ändå mer insatser från hälso-och sjukvården för att hjälpa patienten att sluta röka (Socialstyrelsen, 2015b).

Hyperlipidemi

Hyperlipidemi innebär enligt Catapano et al. (2016) förhöjda nivåer av fettmolekyler i blodet, vilket kan benämnas som kolesterol. Med tiden byggs inlagringarna på och benämns plack. Placket kan sedan utvecklas till ett instabilt plack, vilket kan i sin tur brista och leda till kärlocklusion (Erlinge, 2010). Kolesterol delas in i olika subgrupper; totalkolesterol, low-density lipoprotein [LDL], high-density lipoprotein [HDL] och triglycerider men det primära fokuset vid kranskärslssjukdom är på LDL-värdet. Referensvärdet för LDL är åldersberoende, men vid blodvärden där $LDL \geq 4,9$ mmol/L rekommenderas behandling med livsstilsförändringar och/eller medicin oberoende vilken riskgrupp patienten beräknas tillhöra. Målet med behandlingen är att LDL är under 1,8 mmol/L hos patienter med mycket högrisk, såsom kranskärslsjuka (Catapano et al., 2016). Vid svårigheter att uppnå just de värdena, bör målet vara att kolesterolvärdet LDL reduceras till 50 procent (Piepoli et al., 2016).

Hypertoni

Hypertoni, eller högt blodtryck, definieras som ett systoliskt blodtryck som är ≥ 140 mmHg och/eller diastoliskt blodtryck som är ≥ 90 mmHg. Endast i Europa är prevalensen cirka 30–40 procent och ökar med åldern och är på så vis en riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom (Mancia et al., 2013; Piepoli et al., 2016). Behandlingsmålet är att understiga 140/90 mmHg vid primär- och sekundärprevention och stramare mål, helst under 130/80 mmHg vid samtidig manifest kardiovaskulär sjukdom, diabetes eller njursjukdom (Piepoli et al., 2016). Hypertoni uppstår som ett resultat av artärväggens funktionella kärlförändring som med tiden leder till en kärlstyvhet (Bengtsson Boström & Manhem, 2016). Enligt Singh, Shanker och Singh (2017) kan hypertoni gå obemärkt utan symtom under en längre tid, fram tills organskada sker till följd av det höga blodtrycket.

Diabetes

Diabetes är en stark riskfaktor till hjärt-kärslsjukdom och bör kontrolleras med glykosylerat hemoglobin [HbA1c] där normalvärdet är ≤ 42 mmol/l. Hos patienter med diabetes och samtidig kardiovaskulär sjukdom, bör värdet vara ≤ 53 mmol/mol (Piepoli et al., 2016). Diabetes diagnostiseras inte bara genom symtom och kontroll av HbA1c, utan även genom två oberoende mätningar av faste-plasmaglukos [FPG] där värdet bedöms som patologiskt vid $\geq 7,0$ mmol/l. Även vid mätning av oralt glukostoleranstest [OGTT] kan diagnostisering ske (Läkemedelsverket, 2017). Intensiva och återkommande kontroller för att förebygga hyperglykemi reducerar risken för bl.a. mikrovaskulära och makrovaskulära komplikationer. Då diabetes är förenligt med nästan fördubblad risk att insjukna och dö i kardiovaskulär sjukdom, så krävs förebyggande riskskattning och stödjande livsstilsförändringar (Läkemedelsverket, 2014).

Fysisk inaktivitet

Patienten som har angina pectoris bör enligt rekommendationer träna minst tre gånger i veckan, 30 minuter per gång med en måttlig till kraftig ansträngning vilket innebär en pulsökning med 64–93 procent av maxpuls (Piepoli et al., 2016). Fysisk träning har enligt Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård (2015b) visat sig ur sekundärpreventivt perspektiv ha gynnsamma effekter på både kolesterol och blodtryck, men har även visat sig ge förbättrad arbetskapacitet. Det bidrar även till stabilitet av vikten och ökar

insulinkänsligheten (Läkemedelsverket, 2017). Det understryks även av Alves et al. (2016) som beskriver den viktiga roll som fysisk aktivitet har i det sekundärpreventiva arbetet för att förebygga och minska risken för en ny hjärthändelse. De beskriver även att dessa förändringar med en strävan mot en mer fysiskt aktiv livsstil kan ske oavsett ålder. Enligt Andersson et al. (2016) finns evidens på att fysisk aktivitet även kan effektivt förbättra depression för patienter med kardiovaskulär sjukdom samt öka deras livskvalitet.

Övervikt

Enligt Piepoli et al. (2016) är både övervikt och fetma associerat med en ökad risk att dö i kranskärlssjukdom. En viktnedgång för dessa patienter ger gynnsamma effekter både på dyslipidemi, blodtryck samt glukosmetabolism. Det beskriver även Katsoulis, Blaudeau, Roy och Hunter (2009) som menar att viktminskning har leder till att kolesterolvärdet och blodtrycket minskar signifikant. Det är rekommenderat att Body Mass Index [BMI] bör vara mellan 20–25 kg/m². Bedömning av fetma och övervikt kan även ske genom att mäta midjemått. Män som har 102 cm eller mer i midjemått bör rekommenderas viktnedgång, samma gäller för kvinnor med midjemåttet 88 cm eller mer. Studier har visat på att högt BMI och midjemått har en stark koppling till kardiovaskulär sjukdom och även till typ 2 diabetes (Piepoli et al., 2016).

Kost

En hälsosam diet kan reducera risken att insjukna i kardiovaskulär sjukdom med 30–50 procent. Det finns även rekommenderat att viss kost såsom medelhavs-kost med bl.a. mycket grönsaker, fisk, olivolja extra-virgin och nötter ökar chansen till en bättre hälsa och minskar risken för att insjukna i kranskärlssjukdom. Hörnstenarna i en hälsosam kost anses vara ett reglerat intag av mättat fett, salt och alkohol samt ett högt intag av fisk, fibrer, frukt och grönsaker (Livsmedelsverket, 2017; Montalescot et al., 2013).

Psykosocial ohälsa

Depression, ångest och stress är vanligt förekommande hos patienter med kardiovaskulär sjukdom och anses vara en riskfaktor (Montalescot et al., 2013). Behandling av depression och ångest, det vill säga medicinering och deltagande i hjärtrehabiliteringsprogram kan ge lindrade symtom och öka livskvalitén. Det kan leda till en ökad chans till livsstilsförändringar (Saran, Puri & Agarwal, 2012). Målet med livsstilsförändringar är att öka livskvalitén för dessa patienter, men då god livskvalitet inte automatiskt även innebär god hälsa så det är inte säkert att detta minskar framtida kardiovaskulära händelser (Montalescot et al., 2013; Nordenfelt, 2004). Patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom som samtidigt behandlas för depression har en moderat effekt på reduktion av kardiovaskulära händelser men dödligheten minskar inte (Piepoli et al., 2016).

Sekundärprevention

Riktlinjer från European Society of Cardiology [ESC] beskriver att det är indicerat med sekundärprevention vid angina pectoris. Sekundärprevention innebär att förändra ohälsosam livsstil och optimera de faktorerna som leder till förändring (Piepoli et al., 2016). Genom livsstilsinterventioner kan inflammationen i placken reduceras, vilket leder till stabilare plack samt en minskande progression av själva plack. Detta kan i sin tur förhindra att det uppstår tromboser eller en plackruptur (Montalescot et al., 2013). Genom att försöka få en hälsosammare livsstil till följd av beteendeförändringar som inkluderar bl.a. nutrition, fysisk aktivitet, stress, minskad kroppsvikt samt rökstopp, så kan patienten förbättra prognosen av sin sjukdom (Piepoli et al., 2016). Ett omfattande

sekundärpreventivt arbete har alla patienter med kranskärlssjukdom nytta av enligt Smith et al. (2011). Fokus på att minska riskfaktorerna förbättrar överlevnad, minskar risken för nya kardiovaskulära händelser och förbättrar livskvaliteten för dessa patienter. Socialstyrelsen skriver också att det finns signifikanta effekter på morbiditet och en minskad risk för ett återinsjuknande i kardiovaskulär sjukdom, genom sekundärpreventiva åtgärder såsom information och livsstilsprogram (Socialstyrelsen, 2015b; u.å.).

Kvalitet och förbättringsarbete är en viktig del inom hälso – och sjukvården. Detta leder till en säkrare och effektivare vård. För att förbättra vården är det viktigt att sjuksköterskorna har förbättringskunskap i kvalitetsutveckling. Att kunna identifiera problem med hjälp av olika mätningar och göra analyser av bakomliggande orsaker (Johnsson, 2013). Kvalitetsregister används enligt Socialstyrelsen (2015b) för att ge möjligheten till att utvärdera samt följa upp kvaliteten på hjärtsjukvården. Kvalitetsregister visar även på vad sjukvården har åstadkommit för värde genom en bättre hälsa för patienterna (Hommel, Idvall & Andersson, 2013). Patienter med diagnosen angina pectoris följs inte rutinmässigt upp i något uppföljande nationellt kvalitetsregister, såsom hjärtinfarkter registreras. Detta försvårar möjligheten till att utvärdera hjärtklinikernas resultat angående livsstilsförändringar hos dessa patienter (Socialstyrelsen, 2015b). En förlängd och mer omfattande uppföljning leder till bättre långtidsresultat gällande beteendeförändringar och prognos. Behandlingsmålet med just sekundärprevention vid angina är att reducera symtom samt att förbättra prognos. Genom att upplysa om egenvård och sträva efter livsstilsförändringar kan riskerna minimeras och ohälsa förebyggas (Piepoli et al., 2016). Sekundärprevention med ett brett fokus där alla riskfaktorer involveras leder inte bara till positiva effekter på kranskärlsjukas hälsa, utan kan även leda till minskade sjukvårdskostnader (Steca et al., 2017).

Kardiovaskulär riskbedömning

ESC riktlinjer beskriver användningen av Systematic COronary Risk Evaluation [SCORE] modellen som ett hjälpmedel för att uppskatta och bedöma risken att avlida i en kardiovaskulär sjukdom inom 10 år. Detta riskinstrument rekommenderas att användas inom kranskärlsmottagningar för att skapa sekundärpreventionsåtgärder och behandlingsmål för personer med riskfaktorer (Piepoli et al., 2016). Modellen innefattar variabler som systoliskt blodtryck, ålder, kön, rökning och total kolesterol. Dock är riskfaktorer som t.ex. hereditet, glucosnivåer och BMI inte med som variabler, vilket gör att modellen bör istället ses som ett bra komplement samt hjälpmedel vid riskskattning (Nilsson, 2010). SCORE-algoritmen grundar sig på dess befolknings hälsovanor, nivån av dess riskfaktorer samt de förutsättningar som finns i det medicinska omhändertagandet. En ny svensk SCORE-algoritm togs fram år 2015, som grundar sig på aktuell svensk data (Eliasson et al., 2017). Studier har gjorts för att bekräfta att den aktuella SCORE-modellen är användbar och accepterad som hjälpmedel vid kardiovaskulär riskbedömning (Karjalainen et al., 2016). SCORE-modellen är i första hand tillämpat för personer i åldrarna 40–65 år, vilket förstärker att modellen bör ses som ett grovt hjälpmedel som används vid riskbedömningen men även ett pedagogiskt verktyg vid motiverande samtal som strävar efter att leda till livsstilsförändringar (Erlinge & Nilsson, 2017; Piepoli et al., 2016).

Hjärtrehabilitering

Vikten av att starta en lämplig sekundärprevention vid utskrivning från sjukhus bör inte underskattas då det visat sig att just sekundärpreventiva behandlingar tenderar att minska återinläggningar. Sjukvårdspersonal bör ge patienten lämplig intervention för att optimera

de sekundärpreventiva strategierna. Utbildningen som eftersträvas att leda till ökad kunskap om sjukdomen och dess egenvård bör även vara personcentrerad och fokusera på ett samarbete mellan patienten och vårdgivaren (Piepoli et al., 2016). Kunskap kan inge en trygghet för patienten att kunna känna självförtroende i sin egenvård och en starkt följsamhet (Klang Söderkvist, 2013). Det har visat sig att det behöver ske förbättringar inom svensk hjärtrehabilitering, där förmedlingen av kunskap från personalen behöver förbättras och bli effektivare, för att kunna ge patienten stöd till att göra livsstilsförändringar. Det är även viktigt att patientinformationen ges vid rätt tid, då informationen i direkt anslutning till insjuknande eller strax därefter inte är det mest effektiva eftersom patienten kan vara i chock. Stöd från personal och patientutbildning har därför stor betydelse, likaså att inkludera anhöriga i denna sekundärpreventiva kunskap (Perk et al., 2015). Patienter med kranskärslssjukdom beskriver att de känner svårigheter att bibehålla hälsosamma livsstilsförändringar och framförallt när de har flera riskfaktorer som kräver förändring. De understryker även vikten av uppföljning och individanpassade livsstilsprogram inom hjärtrehabilitering (Steca et al., 2017). Studier visar dock enligt Kotseva et al. (2016) att i många länder är sekundärprevention otillräcklig för att uppnå de behandlingsmål som finns. Behandlingsmålen angående exempelvis rökning, vikt och diabetes uppnås inte. Men det är även viktigt enligt Kotseva et al. (2009) att arbeta med de bakomliggande orsakerna till sjukdomen för att uppnå dessa behandlingsmål. För detta krävs enligt Kotseva et al. (2016) ett nytt tillvägagångssätt med moderna kardiologprogram som involverar ett tvärprofessionellt team som fokuserar på livsstilsförändringar för patienten och dess familj. Detta för att uppnå de behandlingsmål som finns gällande livsstilsförändringar, riskfaktorer samt de terapeutiska målen för patienter med kranskärslssjukdom i strävan efter att minska risken för nya kardiovaskulära händelser, förbättra livskvaliteten och överlevnad (Kotseva et al., 2016). Vårdtiden är idag kort och patienter med kranskärslssjukdom är en växande patientgrupp, vilket på så vis är en utmaning för personalen att nå ut med kunskapen och hjälp till den egenvård som krävs. Det finns därför en risk att patienter med angina pectoris inte får tillräcklig information. Därav är det viktigt att de inte betraktas som färdigbehandlade förrän de åtminstone har genomgått både hjärtskola och träffat en sjuksköterska på hjärtrehabiliteringsmottagning (Bergman, 2012).

Sjuksköterskeledd hjärtrehabiliteringsmottagning

Alla patienter med kranskärslssjukdom bör erbjudas specialiserad hjärtrehabilitering som innefattar samtal kring riskfaktorer. Där kan hjälp och vägledning till bland annat fysisk träning ske, samt att de patienter som röker även får stöd med rökavvänjning (Socialstyrelsen, 2015c; Montalescot et al., 2013). På dessa

hjärtrehabiliteringsmottagningar kan det förekomma telefonuppföljning och/eller mottagningsbesök, där patienten lämpligen kallas inom de närmaste veckorna efter utskrivning (Bergman, 2012). Sjuksköterskeledd telefonuppföljning har visat sig ge signifikant förbättrat resultat gällande blodfetter och blodtryck (Huber, Henriksson, Jakobsson & Mooe, 2015). Dessa sjuksköterskeledda telefonuppföljningar har också lett till goda resultat gällande rökstopp, men även visat på minskad oro och ångest samt färre återinläggningar på sjukhus (Kotb, Hsieh & Wells, 2014).

Hjärtrehabiliteringsmottagningar, med kunniga sjuksköterskor inom hjärtsjukvård och sekundärprevention, har betydelse för både patienten och dess anhöriga. Genom en organiserad och nära kontakt kan uppföljning och behandling av riskfaktorer gynna patienten samtidigt som det även gör dem delaktiga i sin egen vård vilket kan i sin tur bidra till en ökad livskvalitet (Montalescot et al., 2013; Persson & Stagmo, 2014). De drabbade personer som lider av kardiovaskulär sjukdom, såsom angina pectoris, skall kunna återgå efter insjuknande till en så normal vardag som möjligt, både gällande den psykiska, fysiska

samt den sociala situationen. Hjärtrehabiliteringsmottagningar strävar därför efter att hjälpa patienten till en ökad kunskap kring själva kranskärlssjukdomen samt dess konsekvenser och behandlingar, men också en coping hur det går att hantera att leva sitt liv med minsta möjliga oro för sjukdomen (Hambraeus, 2010).

Hjärtskola

Patienter som fått diagnosen angina pectoris bör enligt Piepoli et al. (2016) erbjudas utbildning från ett tvärprofessionellt team. Detta sker enligt regionalt utarbetat arbetssätt utifrån Socialstyrelsens riktlinjer om nationell hjärtsjukvård (2015c) samt Socialstyrelsen riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2015d), för att ge patienten möjlighet till delaktighet i sin vård samt den information och stöd som patienten behöver. Denna utbildning benämns ofta som hjärtskola.

Hjärtskola är ett forum där patienten tillsammans med närmast anhörig får möjlighet till att delta i informationsträffar. De har då möjlighet att träffa andra personer som drabbats av kranskärlssjukdom. Hjärtskolan är en utbildning om sjukdom, behandling och riskfaktorer samt information kring livsstilsförändringar. Undervisningen ges av ett tvärprofessionellt team som innefattar fysioterapeut, kurator, läkare, dietist, hjärtsjuksköterska samt representanter från hjärt- och lungsjukas förening. Själva hjärtskolan är uppbyggd så att informationen ges i grupp cirka två veckor efter utskrivning från slutenvården, som ett tillägg till den individuella informationen som också är en del av hjärtrehabiliteringen [Bilaga 1, sjukhusets lokala rutin om hjärtskola].

Personcentrerad vård

Patientsäkerhetslagen (2010) beskriver att patienter bör erhålla vård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att den ska vara sakkunnig och omsorgsfull. Utformningen av vården ska genomföras i samråd med patienten så mycket som möjligt. Personalen ska visa patienten respekt och omtanke (SFS 2010:659). Inom hälso- och sjukvård grundar sig personcentrerad vård i att patienten är en person som har vilja, förmågor och behov (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Genom en personcentrerad vård blir patienten sedd och förstådd utifrån individuella behov, resurser, förväntningar och värderingar. Vården utformas och baseras på patientens berättelse och ett partnerskap uppstår mellan patient och personal, som byggs på ömsesidig respekt för varandras kunskap (SSF, 2017). Detta innebär att lyssna på patientens berättelse, hur hen känner i sin relation med sin sjukdom och ohälsa samt hur detta påverkar vardagen. Partnerskapet som uppstår innefattar även personalens professionella kunskap om tillståndet. En personlig hälsoplan formuleras sedan gemensamt innehållande mål och strategier för genomförandet och uppföljning. Denna hälsoplan säkerställs genom att överenskommelsen dokumenteras i patientens journal (Ekman et al., 2014). Utifrån personcentrerad vård kan även förutsättningar skapas för att främja hälsa (SSF, 2017). Enligt Fors et al. (2015) upplevdes vårdkvaliteten bättre och tilliten till den egna förmågan ökar då vården var personcentrerad. Patientens känsla av kontroll och tilltro att nå de utsatta målen ökar då vilket även kan leda till en ökad följsamhet av vårdpersonalens givna råd och rekommendationer. Enligt Ekman et al. (2014) kan personcentrerad vård även ge patienten en ökad känsla av trygghet, ökat välbefinnande samt en minskning av antalet återinläggningar.

Problemformulering

Patienter som diagnostiserats med angina pectoris behandlas på akutvårds- och vårdavdelningar. Studier visar att livsstilsförändringar, till följd av sekundärprevention, reducerar risken för nya kardiovaskulära händelser, minskar mortaliteten samt ger en ökad livskvalitet. Hos patienter med angina pectoris kan det finnas en otillräcklig kunskap om sjukdomen och dess riskfaktorer. Denna brist på kunskap kan förhindra och försvåra möjligheten till att göra livsstilsförändringar. Sekundärprevention bör därför starta i ett tidigt skede i form av individanpassad information och utbildning som skapar förutsättningar för delaktighet och egenvård. Det framgår i studier att det finns en otillräcklig sekundärprevention och uppföljning för patienter med angina pectoris, vilket försvårar möjligheten till att utvärdera effekten av det sekundärpreventiva arbetet. Det är därför viktigt att med denna studie undersöka om patienter med angina pectoris erhåller den information och kunskap samt stöd som krävs för att kunna genomföra livsstilsförändringar.

SYFTE

Syftet var att undersöka om patienter med angina pectoris genomfört livsstilsförändringar efter att ha medverkat i ett sekundärpreventivt behandlingsprogram samt beskriva deras upplevelse av den givna informationen.

METOD

Ansats/Design

Utifrån syftet valdes en empirisk intervjustudie med en kvalitativ ansats för att nå en djupare inblick och förståelse. Syftet med just kvalitativ forskning är enligt Polit och Beck (2017) att skapa en förståelse för ett fenomen eller en människas erfarenhet och upplevelse ur ett holistiskt perspektiv. Studiens design var deskriptiv för att erhålla förståelse för patienternas perspektiv samt att hitta mening i deras erfarenheter. Det ger även möjlighet att undersöka personens upplevelser, tankar och känslor (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval

Urvalet ska anpassas efter syftet och dess kriterier används för att få ett så bra urval av deltagare som möjligt (Polit & Beck, 2017). Ett icke-sannolikhetsurval, strategiskt urval, valdes där de deltagare som var av representativt värde och passade syftet tillfrågades om deltagande. Det möjliggjorde att författarna kunde strategiskt välja ut de deltagare som ansågs mest lämpade att besvara studiens syfte. Inklusionskriterierna för studien var män och kvinnor som vårdats på vårdavdelning och nydiagnostiserats med angina pectoris. De hade även deltagit i hjärtskola samt haft uppföljningssamtal med sjuksköterskan på hjärtrehabiliteringsmottagningen. Exklusionskriterierna var män och kvinnor som inte talade och/eller förstod det svenska språket samt personer med kognitiv svikt.

Datainsamling

Metoden som valdes var semi-strukturerade intervjuer. Informanterna gavs på så vis en möjlighet att uttrycka sig fritt och använda sina egna ord om själva ämnet utifrån den frågeguide som användes. Semistrukturerade intervjuer tillåter informanten att beskriva sin livsvärld och dess erfarenheter av ämnet och författarna kan styra frågorna gentemot det relevanta ämnet (Polit & Beck, 2017). Det möjliggör att svaren blir uttömmande med ett rikt innehåll som besvarar det som eftersöks (Kristensson, 2014).

Författarna till studien tog kontakt med verksamhetsansvarig chef, detta i enlighet med Sophiahemmets Högskolas riktlinjer för självständigt arbete (2016), för att erhålla muntligt och skriftligt tillstånd för genomförandet av studien. Informationen innefattade en tidsram för när studien skulle äga rum samt vilka patientkategorier som skulle intervjuas. Efter godkännande från verksamhetsansvarig chef togs, med hjälp utav sjuksköterskan på hjärtrehabiliteringsmottagningen, kontakt med lämpliga deltagare som uppfyllde urvalskriterierna och de tillfrågades om deltagande.

En intervjuguide som svarade på studiens syfte utformades av studiens författare med stöd av Polit och Beck (2017). Intervjufrågorna (Bilaga 2) var öppna men förutbestämda vilket gavs möjlighet till följdfrågor för att öka förutsättningen att erhålla den data som avsågs att undersökas. Genom sonderingsfrågor, vilket ger en fördjupning av ett svar, gavs möjlighet att följa upp informanternas tankegångar som framkom under intervjun (Polit & Beck, 2017). Innan datainsamlingen startades genomfördes en pilotintervju på en patient för validering av frågorna (Polit & Beck, 2017). Bägge författarna deltog vid intervjun och det inspelade materialet lyssnades sedan igenom. Då pilotintervjun besvarade studiens syfte inkluderades den i studien. Endast mindre justeringar av intervjuguiden krävdes efter genomförd pilotintervju. Deltagaren för pilotintervjun innefattades av samma inklusions- och exklusionskriterier som övriga informanter.

Studien innefattade sju intervjuer och de skedde efter genomförd hjärtskola och utfördes under januari 2018. Bägge författarna deltog vid samtliga intervjuer. Tre av intervjuerna utfördes enskilt på sjukhuset i ett ostört rum. Två intervjuer utfördes per telefon och två stycken utfördes i informantens hemmiljö. Data insamlades med stöd av intervjuguiden samt genom aktivt lyssnande av bägge författarna för att kunna ställa relevanta följdfrågor. Intervjuerna spelades in med hjälp av en inspelningsfunktion på mobiltelefon och tidsåtgång för intervjuerna varierade mellan nio och 41 minuter, dock med en mediantid på 17,5 minuter. Intervjuerna skedde ostört och intervjuguiden kunde efterföljas med viss flexibilitet, då författarna ägnade uppmärksamhet åt svaren för att ämnen som redan tagits upp i intervjuguiden inte skulle återupprepas (Polit & Beck, 2017). Information om studiens syfte och utformning (Bilaga 3) och skriftligt samtycke till medverkan av studien skickades till alla informanter per post. Författarna samlade sedan in det påskrivna samtycket i samband med intervjuerna vid sjukhuset eller i deras hemmiljö. De två informanter som intervjuades per telefon fick ett bifogat returkuvert till samtyckesformuläret hemskickad till sig för påskrift.

Dataanalys

Författarna använde sig utav en kvalitativ innehållsanalys för att tolka den insamlade datan. Den valda ansatsen var induktiv vilket innebar att information samlades in, analyserades och utifrån de erfarenheter som framkom drogs en slutsats (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom det är vanligt att analys och bearbetning av materialet sker fortlöpande vid kvalitativa studier, påbörjades därför analysarbetet redan i samband med första intervjun (Polit & Beck, 2017). En text har inte en given mening enligt Krippendorff (2004) utan erhåller den genom läsaren, vilket innebär att tolkningar kan se olika ut men ändå vara giltiga. Kvalitativ innehållsanalys innebär att variationer i text beskrivs där likheter och skillnader i själva textinnehållet identifieras samt att även fånga textens manifesta och latent budskap. Studiens analys hade sitt fokus på det manifesta budskapet, där det textnära och beskrivande innehållet uttrycktes i kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

De inspelade intervjuerna och materialet lyssnades igenom flertal gånger av bägge författarna. Sedan transkriberades ljudfilerna av författarna var för sig och de fördes sedan noggrant in i ett textdokument i snar anslutning till intervjutillfället. Alla intervjuer avidentifierades för att undvika möjligheten till identifiering av personer eller vårdinrättning och textdokumentet för varje transkriberad intervju namngavs med en siffra. Efter transkriberingen lyssnade författarna till intervjuerna var för sig för att verifiera att transkriberingen var korrekt. Den transkriberade texten lästes flertal gånger för att få en känsla av helheten. Meningsbärande enheter färgmarkerades, vilket skedde var för sig, och författarna jämförde samt diskuterade sedan de utvalda meningsbärande enheter som fördes in i ett eget dokument. En meningsbärande enhet kan vara en samling av ord eller uttalanden som relaterar till det gemensamma budskap som svarar mot syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades därefter gemensamt till mindre enheter men med bibehållen kärna vilket Graneheim och Lundman (2004) betonar är av vikt vid kondensering av en text. Därefter abstraherades de kondenserade enheterna gemensamt av författarna och namngavs som koder, vilket innebar att sätta en etikett på de meningsbärande enheterna. Baserat på skillnader och likheter grupperades dessa koder ihop till subkategorier och kategorier. En matris användes i analysarbetet och ett utdrag av matrisen (Tabell 1) delges i studien för förtydligande av arbetssättet.

Tabell 1. Matris med exempel på analysarbete.

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Kod	Subkategorier	Kategorier
Jag tänker väl lite mer på vad jag äter och så. Mindre grädde och lite mindre ost, så vidare. Förr kunde ja liksom äta ett par tre skivor extra när man ändå lägger det på smörgåsen, men den vanan har jag försökt att bli av med då.	Jag tänker lite mer på vad jag äter. Mindre grädde och ost. Förr kunde ja äta ett par tre skivor extra när man ändå lägger det på smörgåsen, men den vanan har jag försökt att bli av med.	Medvetenhet till sundare matvanor.	Skapa hälsofrämjande vanor	Genomföra Beteendeförändring

Ett tag efteråt så ringde jag sjukgymnasten och bad henne göra ett träningsprogram till mig och det gjorde hon ju på data hem och skicka hem och så dom är ju hemskt hjälpsamma.	Ett tag efteråt ringde jag sjukgymnasten och bad henne göra ett träningsprogram till mig och det gjorde hon ju. Dom är hemskt hjälpsamma	Initiativ till egenvård.	Önskan om personcentrerad vård	Önskan om personcentrerad vård
--	--	--------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet kan användas för att beskriva en kvalitativ studies trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdighet grundar sig i att det valda materialet fångar den verklighet som var avsedd att studeras och kan ses som ett övergripande mål inom kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017). Tillförlitlighet kan uppnås genom noggrann beskrivning av analysarbetet under hela forskningsprocessen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör intervjuer ses som en levande process för att skapa tillförlitlighet i resultatet, vilket författarna försökte ha i åtanke under studiens insamling av data. Överförbarheten bedöms av läsaren, vilket grundar sig i en tydlig metodbeskrivning (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Överförbarhet syftar inte alltid till att generalisera resultaten till en annan population utan snarare att få en så noggrann och bred beskrivning som möjligt av det fenomen som avses belysas (Polit & Beck, 2017).

Forskningsetiska övervägande

Enligt Sophiahemmets Högskolas riktlinjer för självständigt arbete (2016) ska tillämpning av empiriska studier godkännas av etiska rådet på Sophiahemmets Högskolan. Efter erhållet godkännande inhämtades sedan tillstånd för genomförande av studien från verksamhetsansvarig chef. Detta skedde både muntligt och skriftligt. Efter godkännande kontaktades personer som uppfyllde urvalskriterier och tillfrågades om deltagande med hjälp utav sjuksköterskan på hjärtrehabiliterings-mottagningen. Studiens författare har inte deltagit i vården kring de personer som valdes att inkluderas, detta för att undvika en beroendeställning. Deltagarna informerades om studiens syfte och utformning (Bilaga 3). Deltagarna informerades även om att deras deltagande var frivilligt och kunde avbrytas när som helst, detta i enlighet med forskningsetiska principer beskrivna i Vetenskapsrådet (2017) och Helsingforsdeklarationen (2013). All insamlad data behandlades konfidentiellt och anonymitet utlovades, vilket skedde genom avidentifiering vid transkribering av intervjuerna. Efter avslutad studie raderades det inspelade materialet. Tystnadsplikt och sekretess utlovades för att i bästa mån respektera deras privatliv. Patientinformationen behandlades konfidentiellt så att inverkan från studien inte påverkade deras integritet. Grundprincipen för Helsingforsdeklarationen (2013) är just att betona omsorg och välmående för den studerade individen som deltar i studier. Samtalsstöd, i form av möjlighet till kuratorkontakt erbjöds efter avslutade intervjuer.

RESULTAT

De deltagare som inkluderades i studien var sex män och en kvinna i åldrarna 46–76 år. Samtliga informanter hade vårdats för angina pectoris på sjukhusets hjärtavdelning. Den initiala tidsramen för inkludering av deltagare till studien var två till tre månader efter diagnos men som sedan utökades till sju månader. Resultatet presenteras i fyra kategorier som grundar sig på tillhörande subkategorier enligt tabell 2.

Tabell 2. Subkategorier och kategorier.

Subkategorier	Kategorier
Skapa hälsofrämjande vanor Att bibehålla beteendeförändring	Genomföra beteendeförändring
Önskan om personcentrerad vård	Önskan om personcentrerad vård
Medvetenhet och kunskap Informationens betydelse för kunskapsinläring	Kunskap om att tillämpa egenvård
Livsstilsförändringar kan ge ökad hälsorelaterad livskvalitet	Livsstilsförändringar kan ge ökad hälsorelaterad livskvalitet

Genomföra beteendeförändring

Flertalet informanter beskrev en vilja om att leva mer hälsosamt. Detta genom att förändra redan invanda vanor men även skapa nya goda vanor. Alla informanter upplevde att livsstilsförändringar hade genomförts p.g.a. beteendeförändring, dock i olika grad och omfattning till följd av deras olika förutsättningar.

Skapa hälsofrämjande vanor

En del av informanterna upplevde att de redan hade en hälsosam livsstil och vilket gjorde att de ansåg att det var svårt att genomföra någon förändring. Det var även svårt att finna beteenden i vardagen som kunde förändras. Däremot hade det skett en högre medvetenhet kring god kosthållning och motionsvanor vilket bl.a. ledde till ett mer regelbundet och rutinemässigt förhållningssätt.

”Jag är nog mera regelbunden, så att jag går varje dag. Även om det är taskigt väder.”

Flera av informanterna nämnde även ett slentrianmässigt beteende som utfördes av gammal vana. Detta beteende skedde utan närmare eftertanke om det har varit sunt eller inte. Det handlade om att nu uppmärksamma och förändra dessa ohälsosamma vanor. Men det upplevdes inte alltid så enkelt att veta just vilka vanor som krävde förändring.

”Jag tänker lite mer på vad jag äter och så. Mindre grädde och lite mindre ost, så vidare. Förr kunde jag liksom äta ett par tre skivor extra när man ändå lägger det på smörgåsen, men den vanan har jag försökt att bli av med då.”

Att bibehålla beteendeförändring

De livsstilsförändringar som gjordes upplevdes i vissa fall svåra att bibehålla. Likaså att kunna förändra ett gammalt beteende till en ny hälsosam vana som höll i längden.

Informanterna beskrev att det var väldigt lätt att falla tillbaka i ett icke-hälsofrämjande beteende. Till en början upplevdes det lättare att göra förändringarna då motivationen var hög och en utstakad behandlingsplan fanns. Motivationen avtog därefter med tiden vilket vissa informanter ansåg berodde dels på bekvämlighet, men även brist på uppföljning och återkoppling från hjärtrehabiliteringspersonal. Det fanns en önskan om en fortsatt hjälp även efter avslutad hjärtrehabilitering. Det framhölls att vetskapen om att det fanns en planerad uppföljning eller återkoppling skulle öka chansen till att bibehålla de nya livsstilsförändringarna.

”Man har ju klart en benägenhet att glömma saker och ting så är det, någon slags återkoppling efter en tid hade inte varit fel.”

En önskan fanns hos merparten av informanterna om längre uppföljning av framförallt den sekundärpreventiva träningen. Efter gruppträningarna på hjärtskolan sjukgymnastik så fanns det en benägenhet att gå tillbaka till samma motionsvanor som innan, det vill säga i vissa fall ingen träning alls. Om det hade funnits återkoppling från t.ex. sjukgymnasten för att se hur det gick med träningen så fanns det en tro om att motivationen hade varit högre. Likaså en återkoppling från sjuksköterskan där det efterfrågades möjligheten till att föra en dialog kring frågor och tankar om sjukdomen samt arbetet mot livsstilsförändringar.

”Till en början gjorde jag ju det, då försökte jag ju med lite mer motion och försökte äta lite bättre och så här, anpassa maten men sen så rann det ut i sanden... Jag köpte till och med en motionscykel och jag har bara suttit på den faktiskt.”

Önskan om personcentrerad vård

Ett grundläggande önskemål hos informanterna var att informationen skulle vara mer individanpassad samt hanterbar och lättapplicerad i vardagen. Behoven var olika på grund av att informanterna kom från olika bakgrunder med olika förutsättningar att tillgodose sig och tillämpa den givna informationen och kunskapen. Det innebar att endast ett fåtal informanter upplevde en viss trygghet och delaktighet i sin egna vård.

I analysen framkom att det fanns en vilja att börja motionera, men det var svårt att komma igång p.g.a. fysiska och medicinska hinder vilket resulterade i mindre aktivitet än vad som var önskat. Det fanns en önskan om en mer individanpassad information, då det upplevdes att detta saknades.

“Det va ganska jobbigt och börja med motion får jag väl säga i en början för jag är ju en sån som vill vara ute och gå och röra mig men det har ju tagit emot en del efter detta. För som jag säger med den medicinen som jag har då så tror jag ju att den bromsar mig en del va.”

Det beskrevs även en känsla av otrygghet när det uppstod obehag vid aktivitet och där utskrivningen från vårdavdelningen efter genomgått PCI gick fort och utskrivningssamtalet var nästintill obefintlig. Detta resulterade i en ökad oro och rädsla, men som även ledde till ett självmant initiativtagande till en utökad telefonkontakt med hjärtrehabiliteringssjuksköterskan. Sjuksköterskan kontaktades då flera gånger under en kort period och resulterade till slut i en ökad trygghet och sjukdomsinsikt.

“Jag hade ju väldigt mycket oro i mig för det uppstod ju saker, jag blev ju jätteandfådd, ja det gjorde ont och jag fattade ingenting. Jag blev rädd va, helt enkelt det är bara det att man ska vara övertygad att det inte är farligt, för det börjar på nått sätt där.”

Analysen visade på att vid tillfällena där det kvarstod många frågor efter utskrivning från sjukhuset, erhöles en positiv upplevelse av tillgängligheten hos hjärtrehabiliteringssjuksköterskan och där sjuksköterskan tog sig tid, utan att verka stressad, för att besvara på de frågor som ställdes. Det gav en känsla av trygghet och en del oro kunde mildras.

Merparten av informanter upplevde sjukgymnastiken som något positivt och hos vissa motiverade detta till en ökad motion även efter avslutad gruppträning. Men att träna i grupp upplevdes dock olika. Vissa uppskattade det träningsupplägget medan vissa inte fullföljde sin rehabilitering på grund av just gruppträningarna.

“Dom här på sjukgymnastiken brydde sig verkligen, försökte verkligen. Så jag var ju där några gånger men för mig och sådär och en massa folk då va... det la jag ner sen.”

Det var därför önskvärt att ha möjlighet att erhålla ett individanpassat träningsprogram för träning i hemmiljön eller närliggande gym. Det fanns tillfällen där sjukgymnasten kontaktades självmant för hjälp. Då skickades ett träningsprogram hem vilket upplevdes mycket positivt. Resultatet visade på att det eftersöktes en mer personlig kontakt sinsemellan deltagarna och sjukgymnasten. Det var önskvärt att försöka fånga upp de deltagare som inte fullföljer träningsprogrammen och försöka lösa den bakomliggande orsaken.

Det fanns ett behov och önskan om mer stöd att tillämpa och hantera förändringar hos merparten hos informanterna. Ett förslag som lyftes fram var att få stöd i mer konkreta vardagssituationer. De generella råden som gavs var inte alltid så lätta att applicera och efterfölja i vardagen. Kunskapen om vad som kan och borde göras fanns, men att tiden eller orken inte räckte till.

“Problemet nu är egentligen att jag är, när jag gör det jag ska göra med jobbet och träningen så när jag kommer hem så är jag helt slut. Då blir det alltså nu blir det inte köpmat ute, det är ju inte det men det kanske inte blir den nyttigaste maten hemma. Vilket inte är bra, det vet jag. Men tanken och målet finns där i alla fall.”

Kunskap om att tillämpa egenvård

En betänksamhet och ökad kunskap kring en hälsofrämjande livsstil framkom hos en del av informanterna. Mycket information tillämpades vid den sekundärpreventiva vården, vilket kunde vara svårt att tillgodose sig enligt informanterna. Men trots den allmänna informationen kunde vissa av informanterna ändå genomföra livsstilsförändringar och en del motiverades till delaktighet i sin egenvård.

Medvetenhet och kunskap

En viktig faktor för att livsstilsförändringar ska kunna ske visade sig vara att informanten utbildades till att förstå hur livsstilsförändringen hängde ihop med själva sjukdomen. Resultatet visade att kunskap fanns om t.ex. risken med högt kolesterol och vikten av att försöka få ner detta värde genom mer hälsosamma kost och medvetna motionsval.

“Jag har ju försökt att motionera och med kosten och alltingen för det är kolesterolet och det går neråt. Och jag är ganska noga så jag försöker promenera.”

Ökad sjukdomsinsikt gav ökad motivation till livsstilsförändringar. Vissa informanter hade även tagit till sig vikten av att ha bra kontrollerat blodtrycksvärde och tagit eget initiativ till egenvård genom inköp av en egen blodtrycksapparat alternativt besöka sin vårdcentral regelbundet för att låna en. Vetskapen om blodtryckets värde belystes som en viktig del efter vårdtiden på sjukhuset.

“Nu kommer jag ju ombesörja det själv ju, för jag går ner till vårdcentral och så lånar jag ju en sådan där blodtrycksmaskin och så kollar jag ju det själv.”

Informationens betydelse för kunskapsinläring

Några informanter lyfte fram att det var svårt att komma ihåg all given information som de erhöll från hjärtrehabiliteringsmottagningen. Även de som nyligen hade deltagit i hjärtskolan upplevde svårigheter att ta till sig allt som informerades. En del av informanterna hade inte förstått att några förändringar behövde göras i överhuvudtaget gällande kosten och vissa informanter upplevde att den informationen som gavs under hjärtskolan var för otydlig och vag.

“Informationen var ganska allmänt om kostvanor, det var liksom inga direkta pekpinnar. Vilket kanske var bra men samtidigt var man lite förvånad att okej jag tror inte nån uppfattade som att man behövde ändra sin livsstil nåt speciellt mycket.”

Resultatet visade på att tendenser till att förringa den egna sjukdomen fanns hos en del av informanterna. De ansåg att de inte hade ett så stort informations- och utbildningsbehov, då deras diagnos och behandling inte hade en så stor påverkan på deras hälsa. De ansåg även att det stora behovet hade de patienter som genomgått stora hjärtoperationer eller hade haft en hjärtinfarkt.

“Jag som bara gjorde den här lilla...ja lilla...lilla ballongsprängningen behöver inte så mycket, men det är ju klart för sådana som går igenom stora hjärtoperationer det är ju klart att det behövs mer information”

“Han hade sådan oro och han kände hela tiden, han kände efter hela tiden. Han hade alltså en riktig hjärtinfarkt.”

Alla informanter erhöll både skriftlig och muntlig information, vilket uppskattades. Utöver det gavs länkar till information på nätet enligt önskemål. Det gavs på så vis en ökad möjlighet att tillgodose sig informationen på mer än ett sätt. Att ha med sig en anhörig vid hjärtskolans informationstillfällen eller hos sjuksköterskan upplevdes positivt från

merparten av informanterna. Den anhöriges delaktighet ansågs vara en hjälp att minnas och förstå den givna informationen. En del av informanterna beskrev även att det ökade motivationen till att göra livsstilsförändringar om deras anhörig gjorde detsamma.

“Man tappar, man lyssnar men man tappar det alltså. Så det tror jag kan vara en viktig grej just i eftervården att i dom, att i vissa saker att man kanske bör ha med sig nån. För att man ska få behållningen av det.”

Livsstilsförändringar kan ge ökad hälsorelaterad livskvalitet

Ett par informanter hade haft symtomgivande angina pectoris vilket orsakat en känsla av begränsning i det vardagliga livet. Efter behandling av sin sjukdom upplevdes en möjlighet till att dels kunna återgå till gamla motionsvanor, men även att börja bygga upp sitt sociala nätverk igen. Att göra dessa livsstilsförändringar gav dem ett ökat välmående och upplevd förbättrad livskvalitet.

En del informanter hade ökat det sociala umgänget efter insjuknandet. Genom att inte isolera sig, utan att istället söka sig till aktiviteter och socialt umgänge i liknande situationer upplevdes sjukdomen och tillvaron hanterbar. Det stärkte deras välmående, samtidigt som det gav en ökad känsla av trygghet och meningsfullhet. Att inte behöva känna sig begränsad i vardagen och att orka delta i aktiviteter.

“Jag har gått med i något som heter frivillighetscenter, vi är några som träffas och pratar lite och dricker en kopp kaffe och så och gör lite kortare resor.”

Innan diagnos upplevde en del av informanterna en begränsning i vardagen. Det påverkade dom både fysiskt och psykiskt. Symtom såsom smärta eller andfåddhet begränsade förmågan att träna. Det var tungt att gå till gymmet vilket genererade att träningen trappades ner och det blev allt längre uppehåll mellan träningstillfällena. De informanter som kunde börja motionera i större utsträckning efter behandlats med PCI hade en ökad motivation till att både träna hos sjukgymnasten men även till träning hemmavid.

“Jättestor skillnad för innan kunde jag inte träna för då fick jag ont i bröstet, men nu efteråt kan jag ju träna utan problem. Alltså det var ju som att komma ut som en ny människa.”

Det framkom i resultatet att informanterna hade insett att en bidragande orsak till insjuknandet kunde vara stressrelaterat, som t.ex. en alltför hög stress på arbetet. En medvetenhet om att stress kunde vara farligt fanns redan innan insjuknandet, men genom deltagandet i hjärtrehabiliteringen så erhöles mer kunskap om vikten av stresshantering.

“Jag har funderat på att byta jobb, IT-branschen i alla fall i konsultbranschen där jag jobbar i så är det väldigt mycket stress.”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

Författarna diskuterade i ett tidigt skede om en intervju- eller enkätstudie skulle genomföras då det utifrån syftet med studien fanns möjlighet att utföra bägge datainsamlingsmetoder. För att erhålla djupare och mer ingående svar samt möjligheten att ställa följdfrågor, så valde författarna till slut att göra en destruktiv intervjustudie med semistrukturerade frågor. Kvalitativa studier är lämpliga då forskaren vill beskriva erfarenheter eller upplevelser av ett visst fenomen eller en situation. En kvalitativ ansats har sitt fokus i att förstå människans upplevelser och erfarenheter, men ansatsen belyser även helheten i dennes livsvärld (Polit & Beck, 2017). En empirisk intervjustudie innebär att författarna tog del av informanternas upplevelse av den sekundärpreventiva vården och behandlingen. Det har även gett författarna en helhetsbild och djupare förståelse av deras livsvärld. Författarna ansåg att metoden var flexibel då den gav möjlighet att utvecklas samtidigt som datainsamlingen pågick och nya insikter och frågor kunde uppstå på vägen. I efterhand har författarna insett att det hade inneburit svårigheter att genomföra en enkätstudie då underlaget av informanter var begränsat.

Urval

Polit och Beck (2017) skriver att vid kvalitativa studier är det viktigt att hitta informanter som har upplevelser och erfarenheter av ämnet som ska studeras och som kan tillföra informationsrik data. Vid kvalitativa studier används oftast ett fåtal, icke-slumpmässiga urval av informanter. Kvalitén på erhållen data och informationsbehovet bör styra antalet intervjuer i stället för en exakt siffra (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017). Författarna inkluderade sju informanter enligt urvalskriterierna med nydiagnostiserad angina pectoris, dock var dessa informanter svåra att finna. Författarna tror det kan dels berott på att det var en liten patientgrupp som hade erhållit erbjudande om att få ta del av hjärtskola och kontakt med sjuksköterskan från hjärtrehabiliteringsmottagningen. Men det kan även berott på att patienterna tackat nej och inte insett vikten av uppföljning eller valt att inte delta p.g.a. långa reseavstånd och/eller sociala hinder. Ett strategiskt urval bedömdes då av författarna som en lämplig urvalsmetod, där författarna själva kunde välja ut deltagare som passade in i studien utefter den erfarenheten och de kriterier som eftersöktes (Polit & Beck, 2017). Tidigt i studien fanns en tidsram att inkludera informanter två till tre månader efter diagnos. Då det visade sig att relativt få patienter uppfyllde inklusionskriterierna, fick därmed tidsramen utökas till upp till sju månader efter diagnos för att erhålla tillräckligt många informanter. Hos informanterna fanns en spridning i åldrarna vilket upplevdes som en styrka i studien. Däremot var det endast en kvinna vilket författarna anser kan varit en svaghet. En jämnare könsfördelning hade kunnat visa på ett annat resultat. Efter sju genomförda intervjuer upplevde författarna att det insamlade materialet var tillräckligt innehållsrikt vilket innebär att ingen ny information framkom vid intervjuerna. Författarna ansåg då att det insamlade materialet besvarade syftet med studien samt var inom ramen för arbetet (Polit & Beck, 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

Datainsamling

Verksamhetsansvarig chef kontaktades och delgavs muntlig och skriftlig information om studien. Hen upplevdes positiv till studien och gav författarna sitt godkännande att genomföra studien. Därefter erhöll även de tilltänkta informanterna information, vilket

skedde dels för att skapa ett intresse samt tid att reflektera över det tänkta forskningsämnet och önskan om deltagande. Efter medgivande till deltagande i studien gav författarna informanterna alternativ och valmöjlighet till när och vart intervjun skulle äga rum. Om informanten får möjlighet att påverka tid och plats för intervjun så skapas en trygghet (Kvale & Brinkmann, 2014). En pilotintervju genomfördes innan övriga intervjuer skedde och den ansågs vara så informationsrik att den inkluderades i studien. Endast få justeringar av intervjuguiden krävdes efter det. Ingen av författarna hade tidigare genomfört en intervjustudie, vilket kan ha påverkat djupet i informantens svar och därmed även resultatet. På grund av den bristande erfarenheten beslutade författarna att bägge två skulle närvara vid samtliga intervjuer för att stödja varandra och försöka skapa de bästa förutsättningarna för intervjuerna. Trost (2010) menar dock att det kan vara till fördel att vara två personer som genomför intervjun istället för en, men det kräver att intervjuarna är samspelta så att de kan få fram en större informationsmängd och förståelse. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan det förekomma maktasymmetri mellan intervjuare och informant vid kvalitativa forskningsintervjuer. Författarna försökte minska risken för detta genom att låta informanten bestämma vart intervjun skulle ske samt att föra en allmän konversation med informanten innan intervjun utifrån vad informanten valde att prata om. Informanten kan känna sig i underläge gentemot intervjuaren vid intervjutillfället vid en ojämn fördelning av deltagare under samtalet (Trost, 2010). Ingen av informanterna upplevdes dock otrygg eller framförde sitt missnöje. Tre intervjuer skedde ostört i en lånad lokal på sjukhuset, två intervjuer gjordes över telefon samt två stycken intervjuer skedde i informantens hemmiljö. För att lyckas bra med en intervju bör den som utför intervjun ha god samtalsteknik, bra ämneskunskap, ha en känsla för språket samt kunna vara behjälplig så att informanten kan utveckla sina svar (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarna upplevde att det var svårare att utföra intervjun per telefon då det inte gick att se informantens ansiktsuttryck, gester eller kroppsrörelser. Dock gav telefonintervjuerna mer uttömmande svar än förväntat och informanterna upplevdes trygga och bekväma i samtalet. Merparten av intervjuerna var väldigt informationsrika. En av intervjuerna blev dock kort och kanske inte så uttömmande svar som var önskvärt då informanten var fåordig. Genom att intervjun innefattade öppna frågor så fanns möjligheten för informanten att delge sin upplevelse och erfarenhet. Det innebar även en utmaning och förutsatte att författarna lyssnade aktivt och såg till att redan besvarade frågor inte ställdes igen. Intervjuernas längd var varierande mellan nio och 41 minuter. Författarna bedömde att variationen kunde bero till stor del på individuella egenskaper hos informanterna samt författarnas oerfarenhet att genomföra intervjuer. Alla sju intervjuerna genomfördes inom en tidsram på två veckor. Samtliga intervjuer transkriberades tätt inpå intervjutillfället för att undvika författarnas egna tolkning av texten eller att data skulle riskera att gå förlorad (Polit & Beck, 2017).

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) användes för att analysera det insamlade materialet. Då det centrala var att skildra variationer genom identifierade skillnader och likheter i textinnehållet så passade denna analysmetod bra utifrån studiens syfte. För att skapa en hög tillförlitlighet krävs att varje moment i analysarbetet tydliggörs (Danielsson, 2017). Redan vid intervjuerna startade analysarbete för bägge författarna och pågick fortlöpande samtidigt som datainsamlingen skedde vilket anses vanligt vid kvalitativa studier (Polit & Beck, 2017). Detta skedde på en manifest nivå, där budskapet i det textnära och beskrivande innehållet uttrycktes och resulterade i kategorier och subkategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Den transkriberade texten läste författarna var för sig och meningsbärande enheter färgmarkerades. Författarna ansåg att det var fördelaktigt då det gav författarna en möjlighet sätta sig in i texten på

egen hand och skapa en djupare förståelse av intervjuerna. Därefter jämförde författarna materialet och de meningsbärande enheter samt diskuterade gemensamt fram de meningsbärande enheter som stämde överens med syftet. Vidare kondenserades de meningsbärande enheterna till mindre enheter och fördes därefter in i en matris för att förtydliggöra arbetet. Författarna upplevde att en matris gjorde analysprocessen mer överskådlig och underlättade på så vis arbetet. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan kondenseringsprocessen vara känslig då texten kortas ner och blir mer hanterlig, vilket kan förändra det centrala innehållet av de meningsbärande enheterna. Viss tolkning av texten är dock oundviklig, vilket eventuellt förmildrades av att det fanns två författare. För att undgå att något försvann eller att viktig information skulle förändras så ägnades mycket tid till kondenseringen, med syftet i fokus. Bägge författarna diskuterade sedan gemensamt fram koder, som kan benämnas som en etikett på de meningsbärande enheterna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Ur dessa koder kunde sedan subkategorier och kategorier framgå som presenteras i resultatet. Analysprocessen var tidskrävande och författarna ägnade mycket tid åt att diskutera alla moment i processen.

Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Författarna strävade efter att resultatet i studien skulle bli så trovärdigt som möjligt. Trovärdighet grundar sig i att det valda materialet fångar den verklighet som var avsedd att studeras (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarna försökte planera noga inför intervjuerna för att skapa tillförlitlighet och samtidigt ha i åtanke att det är en levande process vilket kan påverka resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Tillförlitlighet säkerställdes genom att inkludera informanter som uppfyllde inklusionskriterier för studien. De hade erfarenhet av att ha vårdats för angina pectoris samt att genomgå den efterföljande sekundärpreventiva vården. Tillförlitlighet tillämpades även genom att variera urvalet och noggrant beskriva dom. De informanter som deltog i studien hade varierande åldrar och kön vilket kan bidra med olika perspektiv på det studerade ämnet (Graneheim & Lundman, 2004). Dock var könsfördelningen något sned, vilket författarna anser kan haft påverkan på dels resultatet men även till en viss del på tillförlitligheten. För att påvisa att informanterna gavs liknande förutsättningar och information för att kunna genomföra livsstilsförändringar fanns det beskrivet under vilken period i sjukdoms- och behandlingsförloppet som intervjuerna ägde rum.

Genom att använda en intervjuguide tog alla informanter del av samma intervjufrågor med möjlighet till följdfrågor vilket författarna anser gav en ökad tillförlitlighet i studien. Genom att olika personer fick samma frågor kunde data värderas ur flera perspektiv (Polit & Beck, 2017). Informanterna gavs öppna frågor vilket möjliggjorde att dom kunde delge sin upplevelse samt minskade risken att författarna kunde påverka svaren. Genom att författarna hade endast liten erfarenhet av intervjuteknik kan detta ha inneburit en svaghet i studien. Dock prövades intervjufrågorna på en informant, pilotintervjun, vilket stärkte trovärdigheten i utvärderingen av frågornas tillämplighet. Genom att studiens bägge författare tolkade och analyserade materialet ökade tillförlitlighet för studien då det inte påverkades av en enskild persons förförståelse av det insamlade materialet. Författarna hade en förförståelse i ämnet och försökte ha detta i beaktande och vara neutrala under studiens gång. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) ökar dock en förförståelse studiens trovärdighet. Författarna bedömde att den insamlade datamängden var tillräcklig för att kunna uppnå ett trovärdigt resultat. Det är även viktigt att det noggrant verifieras vad som har gjorts under processen, vilket författarna har gjort genom att varje steg är utförligt beskrivet i text, citat och tabeller för att stärka giltigheten och överförbarheten i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Hur väl resultatet kan överföras till andra

grupper är upp till läsaren att bedöma samt beror på hur väl processen är genomförd och dokumenterad (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2017).

Forskningsetiska övervägande

För att tillämpa god forskningssed följde författarna Vetenskapsrådets riktlinjer (Vetenskapsrådet, 2017). Det erhöles även godkännande från etiska rådet på Sophiahemmets Högskola för att kunna genomföra intervjustudien vilket skedde i enlighet med riktlinjer för självständigt arbete (2016). Verksamhetsansvarig chef delgavs skriftlig och muntlig information om själva studien och skriftligt godkännande inhämtas där efter enligt god forskningssed. Likaså delgavs de tilltänkta informanterna med information och inhämtande av skriftligt godkännande. Intervjuerna avidentifierades och erhöles istället ett nummer för att bibehålla anonymitet. Till följd av att intervjuerna kunde innebära ett ökat behov av samtalsstöd erbjödes alla möjligheten till kuratorskontakt, dock avböjde samtliga informanter detta erbjudande.

Resultatdiskussion

Genomföra beteendeförändring

Resultatet visade att alla informanter hade genomfört någon typ av livsstilsförändring. Det resultatet överensstämmer inte med SPICI-studien där endast en tredjedel blivit mer fysisk aktiva och enbart två femtedelar hade börjat med en sundare kosthållning (Perk et al., 2015). Några av informanterna upplevde redan innan PCI-behandling att de upprätthöll en god hälsosam livsstil och därmed hade de svårt att finna lämpliga förändringar att tillägga. En persons upplevelse om vad som anses vara hälsosamt eller inte är individuellt. Enligt författarna kan personens självuppfattning om att redan leva hälsosamt vara ett hinder för att ta till sig ny informationen och kunskap. Enligt Kähkönen et al. (2015) är det viktigt för vårdpersonalen att ta hänsyn till patientens självuppfattning, deras sjukdomsinsikt samt deras hälsoproblem och livssituation.

Även om livsstilsförändringar gjordes hos alla mer eller mindre, så upplevde merparten att de var svåra att bibehålla. Det var lätt att falla tillbaka till gammalt mönster igen med sämre beteendevanor. Det framkom då tydligt att mer uppföljning och återkoppling var önskvärt för att lyckas samt bibehålla de genomförda livsstilsförändringarna. Det har visat sig att uppföljning ger bättre resultat i förändringsarbetet hos patienter. Genom uppföljning så finns det en tidsram för patienten att förhålla sig till vilket resulterar i bättre resultat hos de som försöker göra livsstilsförändringar såsom viktnedgång, ökad fysisk aktivitet och bedriva mer egenvård (Alexander et al., 2011). Hellénus (2012) menar att det tar tid att förändra vanor hos patienter och det är vanligt med återfall. Det finns därav ett behov av att erbjudas återkommande utbildningstillfällen samt utvärdering och återkoppling. Uppföljning och återkoppling från sjukvården kan ge ökad motivation till att nå dessa uppsatta mål (Neuner-Jehle, Schmid & Grüniger, 2013). Sekundärprevention som tillämpas med ett brett fokus som involverar alla riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom kan innebära gynnsamma effekter på hälsan hos patienter med angina pectoris. Vid upplevda svårigheter att bibehålla hälsosamma livsstilsförändringar understryks därför vikten av individanpassade livsstilsprogram men även uppföljning inom hjärtrehabilitering (Steca et al., 2017).

Önskan om personcentrerad vård

Resultatet visade på att alla patienter har olika erfarenheter och olika bakgrunder vilket då ger olika behov av vård. Det menar författarna stärker vikten av att anpassa informationen och vården utefter ett personcentrerat förhållningssätt. Författarna tror att det finns ett behov av mer individanpassad träning och rådgivning även för patienter med fysiska och medicinska begränsningar. För att skapa förutsättningar för förändringar menar författarna att det krävs trygghet och kunskap. Detta bekräftas genom Klang Söderkvist (2013) som menar att kunskap och tillit till den egna förmågan är av stor betydelse för att patienten ska känna egenkontroll. Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] beskriver att patientens behov bör tillgodoses och att den bör vara av god kvalitet, inge trygghet, säkerhet samt kontinuitet. Vården bör även bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmanderätt samt att vård och behandling i så stor utsträckning som möjligt ska skapas i samråd med patienten (SFS, 2017:30). Genom kunskap kan patienten uppleva trygghet vilket kan leda till besluttande men otillräcklig kunskap kan däremot leda till bristande egenvård och sämre följsamhet (Klang Söderkvist, 2013).

Vårdtiden är idag kort för patienter som gjort PCI, ibland är det till och med utskrivning samma dag (Kähkönen et al., 2015). Korta vårdtider innebär en utmaning för personalen att nå ut med den information och kunskap som krävs i samband med och efter ingreppen (Bergman, 2012). Författarna menar att hjärtrehabiliteringen ett stort ansvar att ta vid i den fortsatta vården och ett mer personcentrerat sätt hade troligen gynnat de flesta patienter. Studier har visat att personcentrerad vård ökar patientens känsla av trygghet, ger ett förbättrat och ökat välbefinnande samt minskar antalet återinläggningar (Ekman et al., 2014). Patienter som inkluderas i sin vård upplever även en högre tillit till sin egen förmåga och bidrar till att de uppsatta behandlingsmålen uppnås (Fors et al., 2015; Socialstyrelsen, 2015a). Hjärtrehabiliteringspersonal bör använda ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med patienten för att ta reda på hens personliga mål. Detta kan ske genom att lyssna på patientens berättelse, etablera ett partnerskap där överenskommelsen sedan journalförs i en hälsoplan (Ekman et al., 2014). Motivationen att nå långsiktiga mål och kortsiktiga delmål grundar sig i återkoppling från personalen och deras stöd (Perk et al., 2016). En oro p.g.a. symtom såsom smärta och andfåddhet beskrevs i resultatet, denna otrygghet ledde till minskad fysisk aktivitet. En mer personcentrerad vård med individanpassad information hade möjligen kunnat förhindrat rädslan och istället genererat i en ökad känsla av trygghet, välbefinnande och tillit till sin egna förmåga.

Resultatet visade att de informanter som fullföljde sjukgymnastiken kunde motivera till fortsatt och utökad motion efter avslutad gruppträning. Författarna upplevde dock ett generellt behov av t.ex. motiverande samtal utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, för att skapa en medvetenhet och bibehållen motivationen gentemot motionsvanor. Kähkönen et al. (2015) beskriver att motivation är nyckeln till att skapa och bibehålla en hälsosam livsstil. Det är därför en stor utmaning i den kardiovaskulära vården att få hjälpa och motivera patienten. Rubak, Sandbæk, Lauritzen, Borch-Johansen och Christensen (2009) beskriver att motiverande samtal kan vara en strategi för att uppmuntra och stötta till livsstilsförändringar. Patienter som erhållit motiverande samtal i samband med information eller behandling har visat sig ge bättre resultat i sitt förändringsarbete. Coachning genom motiverande samtal resulterade i mer självständiga val mot förändring och ansågs ge mer motivation.

Att träna i grupp upplevdes inte alltid som positivt och därmed fullföljde inte alla informanter gruppträningen. Att erhålla insikt av behovet att fortsätta träna på egen hand är då viktig. Sjuksköterskan och sjukgymnasten inom hjärtrehabiliteringen har då en betydande roll där de kan erbjuda en personcentrerad vård och anpassa behandlingen och erbjuda alternativ träning. Enligt författarna kan SCORE-modellen vara ett pedagogiskt verktyg att använda under uppföljningssamtal. Denna modell tror författarna kan vara gynnsam för de flesta patienter då det kan skapa en förståelse hur riskfaktorer kan hänga ihop med risken att utveckla en ny hjärthändelse. Det kan då motivera och ge förståelse för vikten av att göra livsstilsförändringar, även om den träning som erbjuds inte passar. SCORE-modellen kan även vara en vägledning för sjuksköterskan och möjliggör en kardiovaskulär riskbedömning för att bedöma risken för patienten att dö inom 10 år på grund av en kardiovaskulär sjukdom (Piepoli et al., 2016). Det skapar en överblick över riskfaktorerna som författarna anser kan leda till en individuell behandlingsplan som anpassas efter patientens behov av insatser och uppföljning.

Enligt resultatet finns det ett behov av stöd för att få hjälp med att hantera sin sjukdom och de livsstilsförändringar som behövs genomföras. Det upplevdes svårt att skapa både goda motionsvanor samt hälsosammare kostvanor. Författarna tror det finns ett behov av stöd och vägledning för att få vardagen att gå ihop. Att erhålla mer specificerade råd var önskvärt enligt resultatet. Det beskriver även Walseth, Abildsnes och Schei (2011), där mer personliga råd efterfrågas på en detaljerad nivå som är applicerbara i patienternas dagliga liv och inte bara generella råd som istället kanske bara komplicerar tillvaron. Det behövs mer konkreta råd vad som behöver göras i den enskilda situationen och med stöd kan förändringarna underlättas. I SPICI-studien så önskade var tredje patient mer information och förhållningsregler från vårdpersonalen angående vad de skall undvika och hur man på ett bra sätt förebygger återinsjuknande (Perk et al., 2015).

Kunskap om att tillämpa egenvård

Människan ser i de flesta fall ett högt värde av ett förhindrande av sjukdom och lidande, både för sig själv men även för andra i sin omgivning. Det speglas i allmänhetens intresse för hälsofrågor (Nilsson, 2010). Resultatet visade på att en ökad sjukdomsinsikt, där ett initiativtagande till egenvård grundade sig i kunskap och motivation hos ett par av informanterna. Genom att själva övervaka och ha kontroll över sitt blodtryck får informanterna konkreta resultat och bevis som bekräftar effekten av handlingen. Det anses av författarna som positivt då det uppmuntrar patienterna till att ta kontroll och ansvar över sin egen hälsa och göra medvetna förändringar. Kunskapen om riskfaktorer såsom höga kolesterolvärden kunde enligt resultatet föranleda till en hälsosammare kost och ökade motionsvanor. Enligt Astin (2014) så underlättar det för patienten om effekten av livsstilsförändringar kunde mätas genom synliga markörer såsom blodtryck och kolesterolvärde. Dessa konkreta bevis kunde ha en hälsofrämjande effekt och det gav på så vis en ökad motivation till livsstilsförändringar samt en känsla av empowerment, vilket också Kähkönen (2015) visar på att just god motivation och märkbara resultat är de mest betydelsefulla faktorer för att anta en hälsosam livsstil.

Resultatet från studien visade på vikten av information och kunskap för att ge ökad sjukdomsinsikt. En välinformerad patient med sjukdomsinsikt gjorde mer livsstilsförändringar samt bibehöll dom, men då kunskap saknas eller informationen inte nått fram gav det motsatt resultat. På hjärtskolan är det relativt stora gruppträffar med

många deltagande patienter och anhöriga som åhörare. Författarna tror det kan vara till en nackdel för de deltagare som inte vågar ställa eventuella frågor under föreläsningarna. Det finns då risk att informationen som delges av föreläsarna inte nås ut eller förstås av åhörarna. Författarna menar att det kan vara mer fördelaktigt att ha en variation av stora och små grupper, för att tillgodose alla patienter med ett mer individanpassat program. Resultatet visade även på att det fanns uppfattningar om att hjärtskolans gruppträffar gav för allmän information. Enligt Butterworth (2008) är det viktigt att försöka förstå patientens situation innan hjälp till förändringsarbete sker. Patienter har lättare att göra förändringar när de är redo och deras värderingar stödjer förändringen. Författarna tror att det är av betydelse att ge patienten information i rätt tid efter insjuknande, det kräver dock en lyhördhet från vården då rätt tid är en individuell uppfattning. Det är möjligt att patienten inte är mottaglig eller redo för förändringsarbete vid besöket hos hjärtrehabiliteringssjuksköterskan, därav vikten av individanpassad information och fortsatt uppföljning.

Det är en ständigt pågående process att utveckla och förbättra vården, förbättringsarbete är av betydelse för att bibehålla och utveckla kvalitén i vården (Hommel et al., 2013). Resultatet belyser som tidigare nämnts att det finns förbättringsmöjligheter inom hjärtrehabiliteringen, där det finns ett behov av att bl.a. utveckla patientinformationen så att patienten förstår vikten av livsstilsförändringar och att tillämpa egenvård. Studiens resultat visar att det finns patienter som inte har tillräcklig sjukdomsinsikt, eller hade tendens att förringa den egna sjukdomen. Vilket också SPICI-studien visade där 67 procent av alla inkluderade patienter som genomgått PCI ansågs sig vara friska vid återbesöket. SPICI-studien visade även att endast hälften uppfattade att de fått rådet att göra livsstilsförändringar och likaså uppgav endast hälften att de blivit erbjudna hjälp till att bli tobaksfria (Perk et al., 2015). Författarna befarar att de patienter som förringar sin egna sjukdom eller t.o.m. anser sig vara friska inte genomför de livsstilsförändringar som behövs. Enligt Montalescot et al. (2013) kan nämligen livsstilsinterventioner resultera i stabilare plack och en minskande progression av själva placket. I sin tur förminskar det risken för att det uppstår tromboser eller plackrupturer. Det är därför av vikt, enligt författarna, att patienter har sjukdomsinsikt och förstår vikten av att göra hälsosamma livsstilsförändringar.

Det upplevdes positivt att ha med sig en anhörig till hjärtskolans informationstillfällen och till hjärtrehabiliteringssjuksköterskan. Resultatet visade att den anhörigas delaktighet underlättade att minnas och förstå den givna informationen, men det kunde även leda till en ökad motivation till livsstilsförändringar. Alla informanterna hade erhållit information om att anhörig kunde få delta vilket författarna ansåg var bra. Då har patienten ett eget val att inkludera en anhörig eller inte. Enligt den nationella SPICI-studien så fick endast åtta av tio patienter information om sjukhusets hjärtskola och sex av tio uppgav att de inte erhållit information om att anhöriga eller närstående får delta vid hjärtskolan (Perk et al., 2015). Författarna hade svårt att finna deltagare att inkludera i studien, vilket eventuellt kunde bero på att sjukvården inte når fram tillräckligt till dessa personer. Det kan innebära att patienter med angina pectoris inte får samma förutsättningar som patienter med hjärtinfarkt, trots att de båda lider av kranskärllsjukdom. Resultatet visade på att förutsättningar för egenvård kräver ett tvärprofessionellt team som når ut till patienten och delger dem information och verktyg för att skapa en kunskap som i sin tur eventuellt kan leda till egenvård. Det innefattar även att en uppföljning sker som leder patienten på rätt

väg. Då det brister i rutiner kring sekundärpreventiv behandling och uppföljning av denna patientgrupp har studier genomfört för att skapa framtida förändringar och nya rutiner. Dessa rutiner gäller framförallt akut kranskärslsjukdom men kan och bör tillämpas hos alla med kranskärslsjukdom (Perk et al., 2015). Det skulle innebära att den utstakade planen för patienter med hjärtinfarkt även skulle inkludera de patienter med angina pectoris som likväl har behovet av sekundärprevention. Det saknas även specifika kvalitetsregister för angina pectoris och dessa nya rutiner hade då inneburit att kvalitetsregistret för patienter som vårdats för hjärtinfarkt inkluderar bägge patientgrupper (Perk et al., 2016). Att föra kvalitetsregister kan leda till lärande och förbättringsarbete och möjliggör underlag för klinisk forskning (Hommel et al., 2013) och kan i sin tur leda en förbättring av hälso- och sjukvården för dessa patienter (SSF, 2017).

Livsstilsförändringar kan ge ökad hälsorelaterad livskvalitet

De informanter som hade symtomgivande angina pectoris innan behandling med PCI upplevde att de påverkades både fysiskt och psykiskt. Enligt Montalescot et al. (2013) kan begränsningar i det vardagliga livet, till följd av oro eller symtomgivande besvär av sin sjukdom, leda till depression och ångest. Resultatet visade på att ett socialt nätverk var betydelsefullt. Ett ökat välmående och känslan av meningsfullhet stärktes efter att det sociala umgänget hade utökats, vilket resulterade även i en ökad hälsorelaterad livskvalitet. Livskvalitet kan vara ett svårdefinierat begrepp men det innebär att kunna leva ett aktivt liv med en känsla av självbestämmande och att behandlas med respekt, känna ett socialt stöd samt att ha tillgång till bra sjukvård (Collins, Wacker Robbyn, Roberto & Karen, 2013). Resultatet visade på att ett par informanter upplevde en känsla av ökad livskvalitet till följd av livsstilsförändringar. Men då det inte sker någon uppföljning eller utvärdering av deras upplevda hälsa eller livskvalitet anser författarna att det är svårt att upptäcka ifall positiva eller negativa förändringar skett samt om det eventuellt förekommer psykisk ohälsa. Uppföljning är en förutsättning för att utvärdera patientens behov av eventuellt stöd.

Det krävs insikt och förståelse om sambandet mellan livsstilsförändringar och dess effekter på riskfaktorer som i sin tur kan ge ett ökat välmående och livskvalitet (De Smedt et al., 2014). Studiens resultat visade på erhållen kunskap och medvetenheten om stress som riskfaktor och dess negativa inverkan på hälsan. Detta genererade till en motivation till förändringar som t.ex. att se över sin egen arbetssituation. Resultatet visade även på att det kan vara utmanande att försöka och våga återgå till en så normal vardag som möjligt både fysiskt, psykiskt och socialt. Att bryta dåliga vanor och se kropp och själ ur ett helhetsperspektiv anser författarna gynnsamt för hjärtrehabiliteringen, då hälsa och mående är associerat med varandra. Författarna menar på att det tvärprofessionella teamet har en möjlighet att tillföra ett stort stöd och en kunskap inom flera aspekter som tillsammans kan eftersträva en ökad hälsorelaterad livskvalitet hos patienten. Enligt Nordenfelt (2004) behöver en god livskvalitet inte automatiskt även innebära en god hälsa, dock kan en god hälsa ses som bidragande till en ökad livskvalitet.

Slutsats

Denna studie visar att det inte finns en färdig mall som passar alla som drabbas av kranskärslsjukdom, utan den sekundärpreventiva vården kräver ett personcentrerat förhållningssätt som utgår från den enskildes behov och förutsättningar. Det grundar sig i en individuell behandlingsplan där informationen är relevant anpassad och skapar

förutsättning till delaktighet. Det kan skapa trygghet hos patienten samt generera kunskap och motivation som kan leda till livsstilsförändringar som bibehålls. Studiens resultat påvisar att det även krävs en planerad uppföljning och upprepad återkoppling från hjärtrehabiliteringssjuksköterskan och annan delaktig vårdpersonal samt ständigt förbättringsarbete och kvalitetsutveckling för att utvärdera och förbättra hjärtsjukvården.

Klinisk tillämpbarhet

Studien är viktig för att belysa effekten av den information och kunskap som patienter med angina pectoris erhåller. Genom att tillämpa ett sekundärpreventivt behandlingsprogram som utgår från ett mer personcentrerat förhållningssätt, där patienten känner sig delaktig och trygg, så kan även kunskap om egenvård erhållas. Detta kan i sin tur möjliggöra motivation till livsstilsförändringar och ge en ökad livskvalitet. En ökad återkoppling och uppföljning kan även resultera i att dessa livsstilsförändringar bibehålls men det kräver tydligare riktlinjer och förbättrade rutiner kring den sekundärpreventiva vården.

Framtida forskning

Som tidigare nämnt finns ett förbättringsbehov av den sekundärpreventiva vården och uppföljningen av patienter med angina pectoris, vilket författarna anser viktigt både ur ett folkhälsoperspektiv men även ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Inom kort genomförs SPICI II-studien vilket är en utvärdering av den rikstäckande SPICI-studien. Författarna anser att det ska bli väldigt intressant att följa detta då studien kanske ger ett underlag som kan resultera i nya rutiner och riktlinjer kring hjärtrehabilitering och sekundärpreventiv vård av kranskärslsjukdom. Det hade även varit intressant att undersöka hur sjuksköterskan, på avdelningen och på hjärtrehabiliteringsmottagningen, upplever organisationsstrukturen inom hjärtrehabilitering och utbildningsmöjligheten gentemot patienter med angina pectoris.

REFERENSLISTA

- Alexander, S. C., Cox, M. E., Boling Turer, C. L., Lyna, P., Østbye, T., Tulsy, J. A.,... Pollak, K. I. (2011). Do the five A's work when physicians counsel about weight loss? *Family Medicine*, 43(3), 179–184. Hämtad från <http://europepmc.org>
- Alves, A. J., Viana, J. L., Cavalcante, S. L., Oliveira, N. L., Duarte, J. A., Mota, J.,... Riberio, F. (2016). Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Overview updated. *World Journal of Cardiology*, 8(10), 575-583. doi: 10.4330/wjc.v8.i10.575
- Andersson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD001800.pub3
- Andersson, Å. (2013). Utveckling av kvalitet och säker vård och omvårdnad i Sverige. I G. Sherwood, & J. Barnsteiner (Red.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: Sex grundläggande kärnkompetenser* (ss. 51–59). Lund: Studentlitteratur.
- Astin, F. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on people's experiences. *BMC Cardiovascular Disorders*, 14, 96. doi: 10.1186/1471-2261-14-96
- Bengtsson Boström, K., & Manhem, K. (2016). *Läkemedelsboken*. Hämtat 1 februari, 2018, från <https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/hypertoni.html>
- Bergman, E. (2012). Vård av patienter med kärlkramp. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (ss. 41–59). Lund: Studentlitteratur.
- Butterworth, S.W. (2008). Influencing patient adherence to treatment guidelines. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 14(6), 21-25. Hämtad från <https://www.jmcp.org>
- Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H.,... Luis, J. (2016). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The task force for the management of dyslipidaemias of the European society of cardiology (ESC) and European atherosclerosis society (EAS) developed with the special contribution of the European association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(39), 2999–3058. doi:10.1093/eurheartj/ehw272
- Collins, M., Wacker Robbyn, R., Roberto, K., & Karen, A. (2013). Considering Quality of Life for Older Adults: A View from Two Countries. *Journal of American Society of Ageing*. 37(1), 80-86. Hämtad från <https://www.questia.com>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., ss. 285–300). Lund: Studentlitteratur.

De Smedt, D., Clays, E., Annemans, L., Boudrez, H., De Sutter, J., Doyle, F.,... De Bacquer, D. (2014). The association between self-reported lifestyle changes and health-related quality of life in coronary patients: the EUROASPIRE III survey. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(7), 796-805. doi: 10.1177/2047487312473846

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (1. uppl., ss. 69–96). Stockholm: Liber.

Eliasson, M., Adiels, M., Björck, L., Karjalainen, T., Per, J., Söderberg, S., & Rosengren, A. (2017). Nya SCORE bättre på att skatta risk för död i hjärtinfarkt och stroke. *Läkartidningen*, 114, 1–2. Hämtad från <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Rapport/2017/04/Nya-SCORE-visar-fa-med-hog-risk-att-do-i-hjartinfarkt-eller-stroke/>

Erlinge, D. (2010). Kranskärslsjukdom. I U. Dahlström, L. Jonasson & F. Nyström (Red.), *Kardiovaskulär medicin* (ss. 123–144). Stockholm: Liber.

Erlinge, D. & Nilsson, S. (2017). Ischemisk hjärtsjukdom. I *Läkemedelsboken*. Hämtad 27 november, 2017, från https://lakemedelsboken.se/kapitel/hjarta-karl/ischemisk_hjartsjukdom.html

Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björkelund, C., Frid, K., Larsson, M.,... Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care - A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 187, 693–699. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.03.336

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hambraeus, K. (2010). Sekundärprevention och rehabilitering. I B. Lindahl & L. Wallentin (Red.), *Akut kranskärslsjukdom* (4. uppl., ss. 185–195). Stockholm: Liber.

Hellénus, M.-L. (2012). Sund livsstil skyddar hjärta-kärl. Det vet vi! *Läkartidningen*, 109(36), 1532–1533. Hämtad 27 mars, 2017, från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/18572/LKT1236s1532_1533.pdf

Hommel, A., Idvall, E., & Andersson, A.-C. (2013). I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 147–179). Lund: Studentlitteratur.

Huber, D., Henriksson, R., Jakobsson, S., & Mooe, T. (2017). Cardiovascular secondary prevention in high-risk patients: a randomized controlled trial sub-study. *BMC Cardiovascular Disorders* 15. doi: 10.1186/s12872-015-0115-0

Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 103–145). Lund: Studentlitteratur.

Johnsson, J. (2013). Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling. I G. Sherwood & J. Barnsteiner (Red.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: Sex grundläggande kärnkompetenser* (ss. 99–113). Lund: Studentlitteratur.

Karjalainen, T., Adiels, M., Björck, L., Cooney, M.-T., Graham, I., & Perk, J. (2016). An evaluation of the performance of SCORE Sweden 2015 in estimating cardiovascular risk: The northern Sweden MONICA Study 1999–2014. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(1), 103–110. doi: org/10.1177/2047487316673142

Katsoulis, K., Blauddau, T. E., Roy, J. P., & Hunter, G. R. (2009). Diet-induced changes in intra-abdominal adipose tissue and CVD risk in American women. *Obesity Silver Spring*, 17(12), 2169–2175. doi: 10.1038/oby.2009.147

Kattainen, E., Meriläinen, P., & Sintonen, H. (2006). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 21–30. Hämtad från <http://journals.sagepub.com>

Klang Söderkvist, B. (2013). Information - undervisning - lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation och bemötande i vården* (ss. 51–71). Lund: Studentlitteratur.

Kotb, A., Hsieh, S., & Wells, G. A. (2014). The effect of telephone support interventions on coronary artery disease (CAD) patient outcomes during cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(5). doi: 10.1371/journal.pone.0096581

Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyörälä, K., & Keil, U. (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in eight European countries. *The Lancet*, 373, 929–940. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60330-5

Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., Backer, De G., Ryde´ln, L., Jennings, C.,... Vucic, D. (2016). EUROASPIRE IV: A European society of cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(6), 636–648. doi: 10.1177/2047487315569401

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An Introduction to Its Methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publication.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kähkönen, O., Kankkunen, P., Saaranen, T., Miettinen, H., Kyngäs, H., & Lamidi, M.-L. (2015). Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2364–2373. doi: 10.1111/jan.12708

Livsmedelsverket. (2017). *Hjärt- och kärlsjukdomar*. Hämtad 29 november, 2017 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/hjart--och-karlsjukdomar>

Lukkarinen, A., & Hentinen, M. (2006). Treatments of coronary artery disease improve quality of life in long term. *Nursing Research*, 55(1), 26-33. Hämtad från <https://insights.ovid.com>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (2. uppl., ss. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2017). *Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2-diabetes – behandlingsrekommendation, 4*. Hämtad 22 januari, 2018, från <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Information-fran-lakemedelsverket-nr-4-2017-behandlingsrekommendation.pdf>

Läkemedelsverket. (2014). *Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel – behandlingsrekommendation. Information från läkemedelsverket, 25(5)*. 20–33. Hämtad 22 januari, 2018, från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Att_forebygga_aterosklerotisk_hjart-karlsjukdom_med%20lakemedel_behandlingsrekommendation.pdf

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M.,... Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 34(28), 2159-2219. doi: 10.1093/eurheartj/eh151

Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A.,... Vrints, C. J. M. (2013). ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease: The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European society of cardiology. *European Heart Journal*, 34, 2949–3003. doi:10.1093/eurheartj/eh151

Nilsson, P. M. (2010). Kardiovaskulära riskfaktorer, primär och sekundärprevention. I U. Dahlström, L. Jonasson & F. Nyström (Red.), *Kardiovaskulär medicin* (ss. 459–475). Stockholm: Liber.

Neuner-Jehle, S., Schmid, M., & Grüniger, U. (2013). The “Health Coaching” programme: a new patient-centered and visually supported approach for health behavior change in primary care. *BMC Family Practice*, 14, 100. doi: 10.1186/1471-2296-14-100

Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: teori & kritik*. (2. uppl.). Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle.

Patel, S., & Adams, M. R. (2008). Prevention of cardiac disease: lifestyle modification or pharmacotherapy? *Internal Medicine Journal*, 38(3), 199–203. doi: 10.1111/j.1445-5994.2007.01616.x

Perk, J., Burell, G., Hambraeus, K., Henriksson, C., Carlsson, R., & Johansson, P. (2016). Ny vårdmodell för prevention efter akut kranskärlssjukdom. *Läkartidningen*, 113. 1–3. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/74/%5bEA74%5d/EA74.pdf>

Perk, J., Hambraeus, K., Burell, G., Carlsson, R., Johansson, P.,... Lisspers, J. (2015). Study of patient information after percutaneous coronary intervention (SPICI): should prevention programmes become more effective? *EuroIntervention*, 10(11). doi: 10.4244/EIJV10I11A223

Persson, J., & Stagmo, M. (2014). *Perssons Kardiologi- Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

Piepoli, M., Hoes, A., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.,... Gale, C. (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. Developed with the special contribution of the European association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37, 2315–2381. doi: org/10.1093/eurheartj/ehw106

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reid, R. D., Pipe, A. L., & Quinland, B. (2007). Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 22(9), 775–780. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00403.x

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johansen, K., & Christensen, B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 172–179. doi: 10.1080/02813430903072876

Saran, R. K., Puri, A., & Agarwal, M. (2012). Depression and the heart. *Indian Heart Journal*, 64(4), 397–401. doi: 10.1016/j.ihj.2012.06.004

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Riksdagen.

Singh, S., Shanker, R., & Singh, G. P. (2017). Prevalence and associated risk factors of hypertension: A cross-sectional study in urban varanasi. *International Journal of Hypertension*, 2017, 5491838. doi: 10.1155/2017/5491838

Smith, S. C., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A.,... Taubert, K. A. (2011). AHA/ACCF Secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update a guideline from the American heart association and American college of cardiology foundation. *Circulation*, 124(22), 2458–2473. doi: 10.1161/CIR.0b013e318235eb4d

Socialstyrelsen. (2015a). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2015b). *Nationella riktlinjer-Hjärtsjukvård. Indikatorer och underlag för bedömning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19998/2015-12-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2015c). *Nationella riktlinjer-Hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19925/2015-10-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2015d). *Sjukdomsförebyggande metoder. Stöd till införandet av nationella riktlinjer*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19763/2015-3-12.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Fullständigt kunskapsunderlag – Kranskärlssjukdom*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-hjarta-kranskarlssjukdom.pdf>

Sophiahemmets Högskola. (2016). *Studiehänvisning för kursupplägg och instruktion för utformning av det självständiga arbetet*. [Tillgänglig från Sophiahemmets intranät: <https://shh.pingpong.se/courseId/95912/node.do?id=44779996&ts=1503056561793&u=-1270674890>]

Steca, P., Monzani, D., Greco, A., Franzelli, C., Magrin, M. E., Miglioretti, M.,... D'Addario, M. (2017). Stability and change of lifestyle profiles in cardiovascular patients after their first acute coronary event. *PLoS One*, 12(8), doi: 10.1371/journal.pone.0183905

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 4 januari, 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forsknings sed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forsknings-sed/>

Walseth, L. T., Abildsnes, E., & Schei, E. (2011). Patients' experiences with lifestyle counseling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(2), 99-103. doi: 10.3109/02813432.2011.553995

World Medical Association [WMA]. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 20 november, 2017, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

HJÄRTSKOLA

Du som vårdats för hjärtinfarkt, gjort ballongvidgning (PCI), genomgått kranskärlsoperation eller övrig hjärtsjukdom erbjuds delta i vår hjärtskola. Här får Du information från olika yrkeskategorier samt möjlighet att ställa frågor. Anhörig/närstående är också välkommen att delta i hjärtskolan.

Patientavgiften är 50 kr/tillfälle. Högkostnadskort/frikort gäller. Anhörig/närstående deltar kostnadsfritt. Vid varje tillfälle tas en paus för fika.

Medverkande under hjärtskolan är följande:

Läkare

Hjärt-kärlsjukdom med inriktning på hjärtinfarkt, kärlkramp och hjärtsvikt. Riskfaktorer. Frågestund.

Sjukgymnast

Varför motion? Råd och information om motion efter hjärtsjukdom. Lättare gemensam aktivitet (promenad/gymnastik).

Dietist

Hjärtvänlig mat, vad är det? Livsstilsförändringar och medvetna val. Matlagningstips.

Kurator

Vanliga psykiska reaktioner. Anhörigas situation. Stress. Gemensam avslappning/meditation.

Hjärt- och lungsjukas förening

Vad kan vi göra för Dig och Dina anhöriga? Vårt program innehåller anpassande aktiviteter. Hos oss möter Du glada och positiva människor som ger stöd och gemenskap.

Är Du intresserad av att delta i någon av våra hjärtskolor?

Hör av Dig till något av sjukhusen. Upplägget av hjärtskolan skiljer sig något åt på de olika sjukhusen.



Intervjuguide.

-Kön:

-Hur gammal är Du?

-När fick Du diagnosen kärlekskramp?

-Hur långt efter diagnos skedde din medverkan i hjärtrehabiliteringen, dvs hjärtskola och uppföljningsbesök till sjuksköterskan?

-Vilka riskfaktorer känner Du till idag, som kan leda till kärlekskramp?

Följdfråga: Hade Du den kunskapen innan eller har Du fått det efter din diagnos?

-Vilken information/utbildning har Du fått gällande sjukdomens riskfaktorer genom hjärtrehabiliteringen?

-Vilken information/utbildning gällande livsstilsförändringar fick Du genom hjärtrehabiliteringen?

Följdfråga: I vilken form har denna informationen getts?

Följdfråga: Har Du förslag på hur det skulle kunna göras annorlunda?

-Vilka livsstilsförändringar har Du gjort efter din diagnos och din medverkan i hjärtrehabiliteringen, tex kostförändringar, stresshantering, nikotin, motionsvanor?

Följdfråga: Varför har Du gjort just de förändringarna?

Följdfråga: Upplever Du att det finns ett behov av att göra (ytterligare) livsstilsförändringar, och i så fall vad?

-Hur upplever du stödet från medverkande vårdpersonal inom hjärtrehabiliteringen, när det gäller att göra livsstilsförändringar?

Följdfråga: På vilket sätt kan denna vårdpersonal, stödja dig på bästa sätt?

Följdfråga: Vad saknas eller kan förändras?

Följdfråga: Vad skulle underlätta/hjälpa för att göra (ytterligare) livsstilsförändringar?

-Vi har inga fler frågor, men är det något Du vill tillägga innan vi avslutar?



FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE I STUDIE KRING LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR

Bakgrund

Kärlkramp, också kallad i medicinska termer för angina pectoris, beror oftast på fettinlagring i kärlen. Dessa inlagringar kan ge förträngningar i hjärtats kranskärl. Information och undervisning gällande angina pectoris startar vanligtvis redan på avdelningen och fortsätter även efter utskrivning i form av hjärtskola samt uppföljningssamtal till sjuksköterska på hjärtmottagningen. Detta kallas för sekundärprevention, som ska leda till att förebyggande förändringar som förhindra nya hjärthändelser.

Syfte

Syftet var att undersöka om patienter med angina pectoris genomfört livsstilsförändringar efter att ha medverkat i ett sekundärpreventivt behandlingsprogram samt beskriva deras upplevelse av den givna informationen.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas i egenskap av att Du har vårdats på hjärtavdelning på grund av kärlkramp.

Studiens genomförande

Ett deltagande i studien innebär att Du medverkar vid en intervju. Intervjun beräknas ta cirka 30–45 minuter. Intervjun kommer att ske i en lokal på sjukhuset alternativt hemma hos Dig och det är bara Du och författarna som genomför studien som medverkar. Intervjun kommer att spelas in och Du ombeds att berätta om dina upplevelser av information/undervisning och eventuella livsstilsförändringar, från tiden mellan då Du erhöll diagnosen kärlkramp fram tills nu. Din medverkan är helt anonym och allt material kommer behandlas konfidentiellt. Det insamlade materialet kommer enbart handhas av oss två som genomför studien samt vår handledare. Då allt material avidentifieras av oss så kommer ingen enskild persons svar att kunna identifieras. Efter studien avslut kommer det inspelade materialet att raderas.

Fördelar/risker vid deltagande

En fördel med din medverkan i studien kan vara att Du får möjlighet att delge dina upplevelser. I samband med intervjun kan det finnas en risk att tankar och känslor väcks. Samtalsstöd och kuratorskontakt kommer då att erbjudas om Du finner behov av det.

Frivillighet

Deltagande i studien är frivilligt och du kan avbryta detta deltagandet när som helst utan att uppge orsak. Ett eventuellt avbrytande kommer inte att ha någon inverkan på din fortsatta vård och uppföljning.

Hur kan jag som deltagare få information om studiens resultat

Resultatet kommer att presenteras som ett självständigt arbete på avancerad nivå och publiceras i DIVA. DIVA är ett elektroniskt arkiv vid Sophiahemmets Högskola i Stockholm.

Ersättning

Ingen ekonomisk ersättning utgår för deltagande i studien.

Har Du frågor om studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare för information.

Kontaktuppgifter

Student:

Xxxxxx

Telefon:

xx-xxxxxxx

Student:

Xxxxxxx Xxxxxx

Telefon:

xx-xxxxxxx

Handledare, Sophiahemmet Högskola:

Xxxxx Xxxxxx

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen, fått tillfälle att ställa kompletterande frågor och fått svar på dessa och samtycker till att delta i studien. Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsansvarig;

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsansvarig;