



## FAG

# Kardiologisk sykepleie

**Nina Fålun**, fag- og forskningssykepleier, Haukeland universitetssjukehus og førstelektor ved HiB.

**Irene Instenes**, ass. avdelingssykepleier og spesialisykepleier, Haukeland universitetssjukehus og masterstudent ved UiB.

**Tone M. Norekvål**, fag- og forskningssykepleier, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved UiB og HiB.

# Hjertesvikt krever spesialkompetanse

Hjertesvikt er en tilstand som krever tidlig intervensjon, optimal medikamentell behandling, undervisning og psykososial støtte.

**H**else-Norge er i endring. Samhandlingsreformen har ført til at kommunene overtar oppgaver og pasienter fra helseforetakene (1). Mer kompleks behandling fører til økt behov for spesialkompetanse både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Dette vil også medføre økt oppgaveglidning, som for eksempel at sykepleiere overtar enkelte legeoppgaver.

De første norske hjertesviktpoliklinikkene ble etablert på slutten av 90-tallet (2). Behovet for spesialisert og formalisert kunnskap, blant annet innenfor fagområdet hjertesvikt, førte til at den første nasjonale videreutdanningen i kardiologisk sykepleie startet opp i 2003 (3). I 2011 ble utdanningen godkjent som master i klinisk sykepleie. Etter fullført masterutdanning har sykepleiere med seg en dobbeltkompetanse i form av både faglig og akademisk kunnskap i møte med hjertesviktpasienten.

## Hjertesvikt

Man anslår at mellom 2–4 prosent av befolkningen under 75 år har symptomer på hjertesvikt (4,5). Forekomst av pasienter med nyoppdaget

hjertesvikt er økende, mye på grunn av et forbedret behandlingstilbud og økt overlevelse etter hjerteinfarkt. Hjertesvikt er en progredierende sykdom; så mange som 30–40 prosent av pasientene kan være døde ett år etter at diagnosen er bekreftet (5). Alvorlighetsgraden blir vurdert etter klinisk funksjonsnivå. Pasientene klassifiseres etter New York Heart Association's (NYHA) symptomklassifisering, der NYHA klasse 4 indikerer alvorlig funksjonssvekkelse og sterkt redusert livskvalitet (4). Koronarsykdom, hypertensjon og klaffesykdom er vanligste årsaker til utvikling av hjertesvikt. Hjertesvikt blir i hovedsak behandlet medikamentelt før det kan bli aktuelt å tilby blant annet implementering av biventrikulær pacemaker og/eller hjertestarter (CRT-D) eller hjertetransplantasjon (4). Det finnes ingen kurativ behandling av hjertesvikt, kun symptomlindrende og livsforlengende oppfølging.

Pasientens kliniske symptomer skyldes redusert blodforsyning til kroppens vitale organer. Den karakteristiske hjertesviktpasienten har plager som tung pust både i aktivitet og hvile, perifere ødemer, vektøkning, søvnproblemer, opplevelse av skrøpeligheit og redusert funksjonsevne. Symptomene avhenger blant annet av om pasienten har høyresidig eller venstresidig hjertesvikt. Reinnleggelser i sykehus med akutt forverring av symptomer forekommer ofte i sykdomsforløpet (6).

## Oppfølgingsprogram

Store helsekostnader er knyttet til akutte sykehusinnleggelser og behandling av pasienter med hjertesvikt (7). For å redusere kostnader og forbedre pasientomsorgen har man iverksatt ulike oppfølgingsprogram til denne pasientgruppen de siste tiårene. Tilbudene karakteriseres av tidlig intervensjon, optimalisering av medikamentell

behandling og lett tilgang til et omsorgstilbud som inneholder pasientundervisning, veiledning og psykososial støtte gjennom sykdomsforløpet. European Society of Cardiology (ESC) Heart Failure Association anbefaler hyppig oppfølging etter akutt innleggelse ved ny eller dekompenert hjertesvikt, samt årlige kontroller for pasienter i stabil fase (8). Etterlevelse av guideliner og oppdatert fag- og forskningskunnskap er sentrale elementer i alle oppfølgingsprogramene.

## Konkluderer forskjellig

Det er publisert tre store oversiktsartikler over resultatene av ulike tilbud til pasienter med hjertesvikt. Alle tre konkluderer forskjellig:

- ▶ Sykepleieleddet tverrfaglig team med oppfølging av pasient i hjemmet reduserer mortalitet og antall reinnleggelser i sykehus med henholdsvis 25 prosent og 27 prosent. Tiltaket har effekt på optimalisering av medikamentell behandling, etterlevelse av behandlingstiltak og forbedrer grad av egenomsorgstiltak (9).
- ▶ Sykepleieleddet tverrfaglig hjertesviktpoliklinikk på sykehus med oppfølging over tre til seks måneder reduserer mortalitet med 16 prosent og antall reinnleggelser med 31 prosent (10).
- ▶ Sykepleieleddet telefonoppfølging, gjerne med påfølgende hjemmebesøk, har dokumentert 33 prosent lavere risiko for død sammenliknet med vanlig oppfølging og 53 prosent mindre risiko for reinnleggelse etter tolv måneder (11).

ESC-guideliner anbefaler et tverrfaglig sammensatt poliklinisk lavintensitetstilbud ledet av sykepleier ved oppfølging av hjertesviktpasienter. Da denne modellen har dokumentert effekt på hendelsesfri overlevelse, er dette en NYHA klasse I-anbefaling (4).

De fleste pasientene som følges opp i hjertesviktpoliklinikkene i Norge fyller ut det sykdoms-

H

### Hovedbudskap

Stadig flere pasienter med hjertesvikt får tilbud om polikliniske oppfølging, ledet av sykepleier. Pasientene bor gjerne hjemme og har ofte behov for sammensatte tjenester. Solid klinisk fagutøvelse samt en akademisk kompetanse som kan gi ny kunnskap, er en forutsetning for et godt omsorgstilbud til denne pasientgruppen.

K

### Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

▶ Hjertesvikt
▶ Hjerter- og kar sykdom
▶ Poliklinikk



**KRONISK LIDELSE:** Cirka 2–4 prosent av befolkningen under 75 år har symptomer på hjertesvikt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

spesifikke livskvalitetsskjemaet Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) både ved oppstart og avslutning av oppfølgings-tilbudet. Resultater hentet fra Norsk hjertesviktregister viser at livskvalitet og funksjonsnivå målt opp mot NYHA klasse er signifikant forbedret etter seks måneders oppfølging (12).

Det er ikke lenger noen tvil om at hjertesviktprogram har effekt, uavhengig av hvilken oppfølgingsmodell som velges. Det kan imidlertid tenkes at tilbudet bør differensieres for ulike pasientgrupper som for eksempel eldre og immobile, pasienter med nydiagnostisert hjertesvikt og for pasienter i palliativ fase av sykdommen. Her er det behov for videre forskning.

### Egenomsorg

Manglende sykdomsforståelse og medikamenteterlevelse er kjente fenomener etter utskrivelse fra sykehus (13). Ivaretagelse og styrking av evne til egenomsorg har derfor vært sentralt i ulike oppfølgingstilbud til pasienter med hjertesvikt.

Begrepet egenomsorg refererer til tiltak iverksatt i den hensikt å bedre eller gjenopprette helse og velvære, samt å behandle eller forebygge sykdom (14). Konkrete elementer i egenomsorg ved hjertesvikt er blant annet daglig vektkontroll, et tilpasset kosthold med redusert saltinntak, selvmedisinering med diuretika, fysisk aktivitet og årlig influensavaksine (6). Gjenkjenning av symptomer fra tiden før sykehusinnleggelse er vesentlig for å unngå reinnleggelser. Ivaretagelse av egenomsorg kan være krevende for den enkelte pasient, der fysisk aktivitet, redusert saltinntak, det å ta influensavaksine og daglig vektkontroll skårer lavt i internasjonale studier (15). Forbedret etterlevelse av egenomsorgstiltak derimot, reduserer antall reinnleggelser (14). Veiledning i forhold til mestring av sykdom og ivaretagelse av egen helse er derfor sentralt i alle hjertesviktprogrammer.

Selv om det foreligger et betydelig potensial for både forbedret livskvalitet og reduksjon i helsekostnader, må tilbudet differensieres. Pasienter med redusert kognitiv funksjon, stor komorbidi-

tet, redusert sosialt nettverk og pasienter i NYHA klasse 4 eller terminal fase kan oppleve oppfordring om ivaretagelse av egen helse som en belastning. Sykepleiere må derfor være varsomme og

## «Det finnes ingen kurativ behandling av hjertesvikt.»

utforskende når pasienter får tilbud om veiledning knyttet til egenomsorgstiltak (16). Dette fordrer både relasjonell, pedagogisk og faglig kompetanse.

### Salutogenese

Uavhengig av oppfølgingstilbud, veiledning og evne til egenomsorg, strever mange pasienter med å akseptere og leve med sin sykdom. Antonovsky lanserte begrepene salutogenese og patogenese i 1979 (17). Begrepene innebærer en tilnærming til faktorer som bringer helse eller gjør oss syke. Vanligvis blir en pasient vurdert som frisk eller syk, mens Antonovsky vurderer



helse som et kontinuum mellom helse og uhelse. Helse er ikke hva et menneske utsettes for, men den enkeltes evne til å mestre hendelser i livet. Antonovskys teori handler derfor både om helse og mestring. Opplevelse av sammenheng er viktig for å øke motstandskraft mot negative faktorer som påvirker helse (18). Salutogene samtaleteknikker har blitt benyttet med hell hos

sjon. Oppmerksomheten i samhandlingen må rette seg både mot relasjonen sykepleier-pasient og selve lærings situasjonen (26). Pasienter med hjertesvikt har liten kunnskap om sin sykdom og hvordan de kan ivareta egenomsorg (27). Sykepleier bør derfor tilpasse undervisning og veiledning til den enkelte pasient, og avdekke eventuelle barrierer for læring som redusert fysisk og kognitiv funksjon og lav motivasjon.

#### Motiverende samtaler

Det er ulike måter å nærme seg utfordrende samtaler på. Motiverende samtale eller Motivational Interviewing (MI) er en direkte og individsentrert veiledningssamtale som kan bidra til livsendring ved å hjelpe den enkelte til å erkjenne personlige utfordringer. Samtalens hensikt er å avdekke indre motstand mot forandring og styrke vilje til endring (28). Særlig eldre pasienter med hyppige symptomer i form av pustebesvær og skrøpeligheit som livsbegrensende faktorer kan bli avhengig av hjelp fra andre i hverdagen. Det er vanskelig å ivareta egenomsorg og symptomhåndtering i denne situasjonen. Bruk av personsentrert omsorg og MI forbedrer tiltro til egen mestringsevne hos eldre pasienter med hjertesvikt (29). Hos yngre hjertesvikt pasienter med stor komorbiditet kan MI og oppmuntring til medvirkning i beslutningsprosessen bidra til å styrke egenomsorg og evnen til å håndtere egen sykdom (30).

#### Sykepleieres kunnskap

Det er ikke funnet noen studier som vurderer pasientutkomme ut fra sykepleieres uformelle eller formelle kompetanse. Det er likevel nærliggende å tro at videreutdannings- eller mastergrads-kompetanse vil ha betydning for valg av organisatorisk, pedagogisk og personlig pasienttilnærming. Pasientsentrert omsorg innebærer å ha kunnskap både om person og sykdom (31). Positivt psykososialt utkomme har vist å ha helsegevinst for pasienter med hjertesvikt (32). Oppfølging over tid vil være sentralt for læring og mestring. Tradisjonelt opplever pasienter kun korte møter med legene. De «lange» møtene er et sentralt tilbud i en sykepleierledet hjertesvikt poliklinikk. Tid til å lytte til den enkelte pasients personlige fortelling kan bidra til å fange opp det han eller hun opplever som vanskelig og sårbart, dette er noe som ofte forsvinner i en travel sykehushverdag. Konsultasjonen innebærer en kontinuitet i pasient-sykepleierrelasjonen med oppfølging over tid. Det å skape tid og rom for felles refleksjon om helse og livskvalitet ved kronisk sykdom, er viktig for å etablere en god læringsarena. ■■■

#### REFERANSER

1. St. melding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Hjeltestad, B, Breivik K, Hanssen TA. Ivarretar poliklinikken pasientenes behov? Tidsskriftet Sykepleien 2002; 9:29-33.
3. Norekvål T, Fållun N, Alm C. Cardiovascular Nursing in Norway—On the Move. Prog Cardiovasc Nurs 2005;173-176.
4. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur J Heart Fail. 2012; 14, 803–869.
5. Mosterd A, Hoes AW. Clinical Epidemiology of Heart Failure. Heart 2007; 93:1137-1146.
6. Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology 2011. Eur J Heart Fail. 2011; 13:115–126.
7. Strömberg A. Heart failure management programmes: The time for action has arrived. Eur J Heart Fail. 2005;7:1077-1078.
8. McDonagh TA, Blue L, Clark L, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. Eur J Heart Fail. 2012; 14, 803–869.
9. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary Strategies for the Management of Heart Failure Patients at High Risk for Admission. A Systematic Review of Randomized Trials. J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 44: 810–819.
10. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. Eur J Heart Fail. 2005; 7:1133–1144.
11. Takeda A, Taylor SJC, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure (Review). The Cochrane Library, 2012, Issue 9 <http://www.thecochranelibrary.com>
12. Hole T, Grundtvig M, Gullestad M, Flønes B, Westheim A: Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian heart failure registry. Eur J Heart Fail. 2010; 12:1247–1252.
13. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Jessup M et al. 2009 Focused Update Incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. J Am Coll Cardiol. 2009; 53:15:1-90.
14. Strömberg A; Jaarsma T, Riegel B. Self-care: who cares? Eur J Cardiovasc Nurs. 2012; 1:133–134.
15. Jaarsma T, Strömberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Educ Couns. 2013; 92: 1: 114–20.
16. Jaarsma T, Nikolova-Simons M, van der Wal MH. Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look. Heart Lung 2012; 41:583-593.
17. Antonovsky, A. Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. 1979. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
18. Lorenz, KA, Lynn, J, Shugarman, LR. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008; 15:2:147-159.
19. Moons P, Norekvål TM. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic disease? A hypothesis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006; 5:16-20.
20. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR. Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. Issues Ment Health Nurs. 2007; 28:275-295.
21. Antonovsky, A. Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. 1987. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
22. Gallagher R, Donoghue J, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Self-management in older patients with chronic illness. Int J Nurs Pract. 2008; 14:373-382.
23. Norekvål TM, Fridlund B, Moons P, Nordrehaug JE, Saevarid HI, Wentzel-Larsen T et al. Sense of coherence – a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. J Clin Nurs. 2010; 19:820-831.
24. Gustavsson A, Bråänholm IB. Experienced health, life satisfaction, sense of coherence, and coping resources in individuals living with heart failure. Scand J Occup Ther. 2003; 10:138-143.
25. Nahln C, Saboonchi F. Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010; 9:118-125.
26. Hobbs JL. A dimensional analysis of patient-centered care. Nursing Research 2009; 58: 52–62.
27. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. Eur J Heart Fail. 2005; 7:363-369.
28. Ski CF, Thompson DR. Motivational interviewing as a brief intervention to improve cardiovascular health. Eur J Cardiovasc Nurs. 2013; 12: 3: 226–227.
29. Falk H, Ekman I, Anderson R, Fu M, Granger B. Older Patients' Experiences of Heart Failure—An Integrative Literature Review. J Nurs Scholarsh. 2013; 45 (3): 247-55.
30. Meyer C, Muhlfield A, Drexhage C, Floege J, Goepel E, Schauer P et al. Clinical research for patient empowerment—a qualitative approach on the improvement of heart health promotion in chronic illness. Med Sci Monit. 2008; 14:358-365.
31. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S et al. Person-centered care – ready for prime time. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10:248-251.
32. Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2004; 19:329-338.

## «Det er ikke lenger noen tvil om at hjertesviktprogram har effekt.»

ynge pasienter med kronisk sykdom (19,20), og burde være mulig å benytte også ved sykdom hos voksne pasienter med hjertesvikt. Samtalene er ressursfokuserte, pasienten oppfordres til å se på muligheter, ressurser og egenstyrke framfor livbegrensende faktorer.

#### SOC

Grad av sense of coherence (SOC) sier noe om hvordan vi takler stressorer som for eksempel sykdom. SOC har tre kjernekomponenter (opplevelse av forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet), og kan måles med et spørreskjema (SOC scale) (21). Lav SOC hos personer med kronisk sykdom assosieres med liten evne til egenomsorg (22) og redusert livskvalitet (23). Høy SOC hos pasienter med hjertesvikt indikerer imidlertid at pasienten har gode mestringressurser (24) og stor evne til å akseptere sin sykdom (25).

#### Individuell veiledning

Pasientsentrert sykepleie handler om å redusere pasientens sårbarhet i møte med helsevesenet ved å ivareta hans behov som individ, redusere fremmedgjøring og styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll. Sykepleiepedagogisk praksis innebærer å bidra til at pasienten mestrer en endret livssituasjon.

## NYHA-klassifikasjon

- ▶ **NYHA klasse 1:** Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet
- ▶ **NYHA klasse 2:** Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet
- ▶ **NYHA klasse 3:** Symptomer på hjertesvikt ved nesten all fysisk aktivitet
- ▶ **NYHA klasse 4:** Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet