



Foto: Kent Even Grundstad / Visit Bodø

PROGRAM

Den årlige kardiologiske sykepleiekongressen
24. - 26. april 2024
BODØ

Web [Kardiologiske sykepleiere \(nsf.no\)](https://www.nsf.no)

Facebook <https://www.facebook.com/NsfLks/>



Kongressprogram 2024

Onsdag 24. april

Tidspunkt	Foredrag	Forelesere
09.00-10.00	Registrering, Kaffe og besøk hos utstillere	
10.00-11.00	<u>Symposium ved AstraZeneca:</u> Moderne hjertesviktbehandling – hva er status? Kunstig intelligens – til hjelp ved diagnostisering av hjertesvikt? Moderne hjertesviktbehandling – hvordan går det med implementeringen i Norge?	Bjørnar Grenne , overlege ved St. Olav Maria Vistnes , overlege ved OUS Ullevål sykehus
11.00-11.15	Kongressåpning ved Sissel-Anita Rath , Faggruppetleder NSF-LKS og Odd Emil Ingebrigtsen , Ordfører Bodø kommune	
Møteledere: Amalie Nilsen Hagen og Sissel-Anita Rath		
11.15-12.00	Akutt hjertesvikt og kardiogent sjokk – diagnostikk og behandling.	Hanne Bjørnstad Avdelingsoverlege, dr. med, Hjereteavdelingen, NLSH HF, Bodø
12.00-12.45	Pause med utstillervesøk og pausemat	
Møteledere: Heidi Gulbrandsen og Amalie Nilsen Hagen		
12.45-13.45	Trygg Akuttmedisin – akuttmedisinsk samhandling når tiden er en kritisk faktor	Mads Gilbert Overlege og prof.dr.med, Akuttmedisinsk klinikk, UNN Tromsø LHL rådgiver og kardiologisk sykepleier Mona Seljevoll Tjoldal
13.45-14.15	Pause med utstillervesøk	
Møteledere: Elisabeth Sveta Wilhelmsen og Hanne Flagtvedt		
Abstraktesjjon: Perkutan koronar intervensjon – pasientens opplevelse av behandling og livskvalitet		
14.15-14.35	Perkutan koronar intervensjon i Nord - pasienters opplevelse av trygghet og kvalitet i helsetjenesten	Anette Krane PhD stipendiat/intensivsykepleier
14.35-14.55	Sex differences in incidence of self-reported adverse drug reactions after percutaneous coronary intervention	Trond Rød Pettersen Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, PhD, Postdoktor
14.55-15.15	Hvor fornøyd er hjerteinfarktpasienten med behandlingen og hva vet vi om oppfølgingen?	Ida Almenning Kiel , Ph.D Veronica Bendiktsen Berge , sykepleier
15.15-15.35	Endringer i helsereelatert livskvalitet etter perkutan koronar intervensjon - en nasjonal prospektiv kohortstudie	Siv J. S. Olsen RN, PhD, Avdelingsleder/Postdok
15.35-15.55	Co-creation in the development of a digital cardiac rehabilitation programme	Kristin Johnsen Ramstad Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, Ph.D stipendiat
Møteleder: Toril Liodden, Sykehuset i Vestfold		
16.00-17.00	<u>Symposium ved Sanofi</u> Oppfølging av risikofaktorer etter hjerteinfarkt og hva vet vi om unge med hjerteinfarkt?	Inger Aagnes Kardiolog, Nordlandssykehuset Bodø Anders Hovland Kardiolog, Nordland Hjerteresenter
18.00	Bli kjent kveld: Oppmøte hotellinngangen	



Torsdag 25. april

Tidspunkt	Foredrag	Forelesere
Møteleder: Jone Antonsen ved Novartis Norge AS		
08.00-09.00	<u>Symposium ved Novartis Norge AS</u> Hvordan optimalisere behandling og sykehusforløp hos pasienter med dekompensert hjertesvikt?	Steinar Ose Evensen Konstituert overlege, Nordlandssykehuset Bodø Ståle Nymo Konstituert overlege og PhD, Nordlandssykehuset Bodø
09.00-09.45	Om å være hjertepasient og pårørende til en med hjertesykdom	Wiggo Skotnes
09.45-10.00	Pause med utstillersbesøk	
Møteledere: Marit Olsen og Hanne Flagtvedt		
Abstraktsesjon: Kardiologisk sykepleieforskning i praksis		
10.00-10.20	“Sukk hjerte, men brist ikke...”	Susann Myrøld Forskningssykepleier hjertemedisin, Masterstudent empowerment og helsefremmende arbeid
10.20-10.40	Helse på nett - eHelsekompetanse hos pasienter med hjertesvikt	Karoline Høgset Fjørtoft Kardiologisk Sykepleier
10.40-11.00	Økt gjennomføring av 6-minutter gangtest ved Hjertesviktpoliklinikken	Marianne Læggran Kardiologisk Sykepleier/MSc og daglig leder av Norsk hjertesviktregister
11.00-11.30	Pause med utstillersbesøk	
Møteledere: Sissel-Anita Rath og Heidi Gulbrandsen		
11.30-12.00	Kardioembolier	Anne Hege Aamodt Overlege og seniorforsker OUS og NTNU
12.00-13.30	cDCD (Controlled Donation after Circulatory Death)	Elin Vestland Møgedal Intensivsykepleier, Generell intensiv og organondonasjonssykepleier RH
13.30-14.30	Lunsj med utstillersbesøk	
Møteledere: Sissel-Anita Rath og Heidi Gulbrandsen		
14.30-15.15	Fysiologisk pacing – En ny pacemetode	Tone Merete Ryggvik Kardiologisk Sykepleier, Hjertemedisinsk laboratoruim, St. Olav Hospital
15.30-16.30	<u>Symposium ved Pfizer</u> Transtyretin hjerteamyloidose (ATTR-CM) fra mistanke til diagnostikk Innlegg I: ATTR-CM: Patogenese, røde flagg og mistanke Innlegg II: Hva vet vi om forekomst? Diagnostikk og behandling	Hanne Bjørnstad Overlege, Avdeling for hjertesykdommer, Nordlandssykehuset Bodø Lena Nyberg Medisinsk rådgiver, Pfizer
19.30	Kongressmiddag	

Fredag 26. april

Tidspunkt	Foredrag	Forelesere
Møteleder: Elisabeth Svela Wilhelmsen og Mona Seljevoll Tjordan		
09.00-09.45	Digital hjerterehabilitering – hva og hvorfor?	Tone M. Norekvål Professor
09.45-10.30	På tide å ta kommunikasjon med minoritetsspråklige hjertepasienter på alvor	Irene Lie Intensivsykepleier, seniorforsker og professor
10.30-10.45	Pause og mingling med kongressdeltakere	
Møteledere: Amalie Nilsen Hagen og Hanne Flagtvedt		
10.45-11.30	Digital hjemmeoppfølging av hjertesyke	Mariell Waleniussen Spesialsykepleier Linn Espolin Johnsen-Simonsen Sykepleier
11.30-12.00	MINOCA – hjerteinfarkt med åpne koronararterier	Mai Tone Lønnebakken Overlege, Hjereteavdelingen Haukeland universitetssykehus Professor, Klinisk Institutt 2, Universitet i Bergen
12.00-13.00	Lunsj	
Møteleder: Sissel-Anita Rath og Marit Olsen		
13.00-13.45	Opplæring - en medisin som brukes for lite!	Jorunn Hunstad Brendeford Enhetsleder og rådgiver, Nordlandssykehuset HF Bodø, Lærings- og mestringssentret
13.45-14.00	Pris utdeling ved NSF-LKS	
14.00-15.00	Fokus- hvordan gjenvinne konsentrasjonen og helsa i en verden full av støy	Ole Petter Hjelle Lege, hjerneforsker og bestselgende forfatter
15:00–15:05	Takk for deltakelse og vel hjem	Sissel-Anita Rath Leder NSF-LKS

Avslutningsforedrag

Fokus- hvordan gjenvinne konsentrasjonen og helsa i en verden full av støy

Ole Petter Hjelle Lege og førsteamanuensis Høgskolen i Innlandet

Ole Petter Hjelle er lege, hjerneforsker, bestselgende forfatter og profesjonell foredragsholder. Han har en allsidig bakgrunn, blant annet som toppidrettsutøver med NM-gull i maraton og over 7500 fallskjermhopp under beltet.

Ole Petter har vunnet flere priser for sin formidling, blant annet Morgenbladets «fantastiske formidlere» i 2016. Her er noe av det juryen sa om Ole Petter: «Her dreier det seg om en mann som kan kommunisere! Ole Petter Hjelle er åpenbart en helt eksepsjonell foreleser med magiske formidlingsevner.»

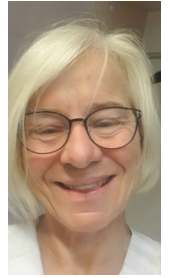
Ole Petter er kjentsom «treningslegen» etter at han startet en egen mosjonsgruppe hvor han trener med pasientene sine. Opplegget ble beskrevet på NRK og videoen av innslaget har blitt sett over 1,5 millioner ganger på Facebook.



Presentasjon av foredragsholdere

Hanne Bjørnstad,

er avdelingsoverlege, dr. Med. Hjernteavdelingen, NLSH HF, Bodø.



Mads Gilbert, en prisbelønt akuttmedisiner og anestesilege, forsker, forfatter, solidaritetsaktivist – gjennom 45 år vært overlege prof.dr.med. ved Akuttmedisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Han har et sterkt engasjert i utviklingen av akuttmedisinske systemer både i Norge og i det globale SØR. Arbeidet i Norge og internasjonalt har særlig fokus på lokal kapasitetsbygging og etablering av lokale, tidskritiske” overlevelseskjeder” for akutt syke og skadde, bygget på tett samspill mellom lekfolk og helsearbeidere.



Jostein Johansen

Skipper, Redningselskapet



Anne Hege Aamodt,

er overlege og seniorforsker ved Oslo Universitetssykehus og NTNU.



Elin Vestland Møgedal,

er intensivsykepleier på Generell intensiv avdeling og organodonasjonssykepleier ved OUS, RH.



Tone Merete Ryggvik,

kardiologisk sykepleier, Hjertemedisinsk laboratorium, St. Olav Hospital HF, Trondheim.





Tone M. Norekvål

Tone M. Norekvål leder forskningsgruppen PROCARD, og er prosjektleder for CONCARD^{PCI} og eHjerteRehab som innlegget omhandler. Norekvål ble utdannet sykepleier i 1992 og har hatt sin hovedstilling ved Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssykehus i over 20 år. Hun er også ansatt i bistilling ved Universitetet i Bergen og ved Master i klinisk sykepleie, kardiologisk sykepleie, ved Høgskulen på Vestlandet. Her tok hun initiativ til opprettelsen av landets første videreutdanning i kardiologisk sykepleie i 2003, og første mastergrad innen feltet i 2011. Hun har undervist og veiledet mange studenter til fullført videreutdanning, mastergrad og doktorgrad. Norekvål ble uteksaminert med hovedfag fra Universitetet i Bergen i 1998, doktorgrad i 2009 og ble landets første professor i kardiologisk sykepleie i 2016. Hun har hatt flere nasjonale og internasjonale styreverv, og er tidligere leder av både NSF-LKS og CCNAP i ESC. Hun er nåværende associate editor i et av verdens høyest rangerte sykepleietidsskrifter; European Journal on Cardiovascular Nursing.



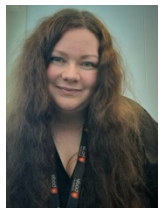
Irene Lie,

intensivsykepleier, seniorforsker og leder Senter for pasientnær hjerte- og lungeforskning ved thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Professor II ved NTNU, Gjøvik. Hun har ledet et forskningsstudie som har tilpasset og testet ut et medisinsk oversettelsesverktøy for kommunikasjon mellom helsepersonell og hjerteopererte pasienter gjennom hele pasientforløpet på sykehuset. Resultater herfra vil du få presentert på LKS i Bodø.



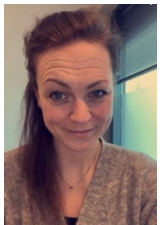
Mariell Waleniussen Borge,

spesialsykepleier/fagkoordinator, Bodø Kommune. Arbeidet innenfor ulike stillinger kommunehelsetjenesten. Primært med eldre og geriatriske pasienter. Siden 2018 arbeidet med drift og utvikling av digital hjemmeoppfølging.



Linn Espolin Johnsen-Simonsen,

sykepleier, Bodø kommune. Bred erfaring både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Arbeidet både med barn og ungdom, samt geriatri store deler av yrkeskarrieren. Siden 2021 arbeidet med drift og utvikling av digital hjemmeoppfølging.



Mai Tone Lønnebakken,

professor og overlege, spesialist i indremedisin og hjertesykdommer. Overlege ved Hjereteavdelingen Haukeland Universitetssykehus og professor ved Klinisk Institutt 2 ved Universitet i Bergen.



Jorunn Hunstad Brendeford, er enhetsleder og rådgiver, Nordlandssykehuset HF, Bodø, -Lærings- og mestringssenteret. Sykepleier med 36 års erfaring, stort sett fra spesialisthelsetjenesten. Videreutdanning innen eldreomsorg, helsepedagogikk og ledelse. Er spesielt opptatt av sykepleieres pedagogiske funksjon og kommunikasjon med pasienter. Har drevet med undervisning til pasienter, pårørende og helsepersonell i hele arbeidslivet.



Abstraktforedrag

Behov for perkutan koronar intervensjon i Nord-Norge - pasienters opplevelse av trygghet og kvalitet i helsetjenesten: en kvalitativ studie



Anette Krane,
intensivsykepleier og Ph.D-stipendiat

KRANE, Anette^{1,2}, PETTERSEN, Gunn¹, LAPPEGÅRD, Knut Tore^{2,3}, HANSEN, Tove Aminda^{1,4}

1. Institutt for helse- og omsorgsfag, Fakultet for helsevitenskap, UiT – Norges arktiske universitet, Tromsø, Norge
2. Medisinsk klinikk, Hjertemedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø, Norge
3. Institutt for klinisk medisin, Fakultet for helsevitenskap, UiT - Norges arktiske universitet, Tromsø, Norge
4. Hjerte- og lungeklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, Norge

Introduksjon: Pasienter med koronar hjertesykdom trenger behandling i tide for overlevelse og best mulig prognose. Mange må reise langt til sykehus som tilbyr perkutan koronar intervensjon. Det er begrenset med forskning på pasienters opplevelse av avstand til slik behandling. Formålet var å utforske urbane og rurale pasienters opplevelse av hva som bidrar til trygghet og kvalitet i helsetjenesten etter gjennomgått perkutan koronar intervensjon i Nord-Norge.

Metode: Kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervju ble gjennomført med 15 koronarsyke pasienter 9-16 måneder etter de var til behandling. Transkriberte intervju ble analysert ved bruk av refleksiv tematisk analyse.

Resultat: Analysen avdekket to hovedtemaer: (1) å være en del av et trygt system og (2) å tilpasse seg en ny hverdag. Å føle seg trygg og oppleve kvalitet var avhengig av om deltakerne ble hørt ved første kontakt, om hjelp var tilgjengelig når de trengte det, reisetiden til behandling, tilstrekkelig informasjon i forløpet, helsepersonellens kompetanse og hvordan oppfølgingstjenestene var organisert når de skulle tilpasse seg en ny hverdag.

Konklusjon: Pasienter som gjennomgikk perkutan koronar intervensjon i Nord-Norge, opplevde trygghet og kvalitet når systemet fungerte og leverte et sømløst tilbud i alle nivå av helsetjenesten. Optimalisering av transporttid, nærhet til behandling og økt fokus på oppfølgingstjenester, spesielt for pasienter i distriktene, kan bidra til å oppleve trygghet og bedre kvalitet i helsetjenestene.

Nøkkelord: koronar hjertesykdom, pasienterfaringer, rural, arktisk, trygghet, helsetjeneste, kvalitet

Sex differences in incidence of self-reported adverse drug reactions after percutaneous coronary intervention



Trond Røed Pettersen,

Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, PhD, Postdoktor

Pettersen TR^{1,2}, Schjøtt J^{2,3}, Allore H^{4,5}, Bendz B^{6,7}, Borregaard B^{8,9}, Fridlund B^{1,10}, Hadjistavropoulos HD¹¹, Larsen AI^{2,12}, Nordrehaug JE², Rasmussen TB¹³, Rotevatn S¹, Valaker I¹⁴, Wentzel-Larsen T¹⁵⁻¹⁷, Norekvål TM^{1,2}. On behalf of the CONCARD Investigators.

¹Department of Heart Disease, Haukeland University Hospital, Norway

²Department of Clinical Science, University of Bergen, Norway

³Department of Medical Biochemistry and Pharmacology, Haukeland University Hospital, Norway

⁴Department of Internal Medicine, Yale School of Medicine, USA

⁵Department of Biostatistics, Yale School of Public Health, USA

⁶Department of Cardiology, Oslo University Hospital, Norway

⁷Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

⁸Department of Cardiology, Odense University Hospital, Denmark

⁹Department of Clinical Research, University of Southern Denmark, Denmark

¹⁰Centre of Interprofessional Collaboration within Emergency Care (CICE), Linnaeus University, Sweden

¹¹Department of Psychology, University of Regina, Canada

¹²Department of Cardiology, Stavanger University Hospital, Norway

¹³Department of Cardiology, Herlev and Gentofte University Hospital, Denmark

¹⁴Faculty of Health and Social Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Førde, Norway

¹⁵Centre for Clinical Research, Haukeland University Hospital, Norway

¹⁶Centre for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway, Norway ¹⁷Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies, Norway

Background: Despite experiencing adverse drug reactions (ADRs) more often than men, the proportion of women participating in clinical drug trials is low. Thus, evidence for sex differences in the incidence of ADRs is limited.

Aim: To determine sex differences in incidence of self-reported ADRs after percutaneous coronary intervention (PCI). Further, to determine whether receiving information about ADRs is associated with sex.



Methods: CONCARD^{PCI} is a prospective multicentre cohort study (N=3417) conducted at seven referral PCI centres in two Nordic countries. Clinical data were collected from patients' medical records and national registries. Patient-reported data were collected two (T1), six (T2), and twelve months (T3) after discharge. Covariate-adjusted logistic regression yielded adjusted odds ratios (aORs) with 95% confidence intervals (CIs).

Results: Patients were predominantly male (78%), and 65 years (SD 11). Female patients were older (68, SD 10). At T1, 39% were informed of ADRs from prescribed therapy. Women were less likely to receive information than men (aOR 0.58, CI 0.45–0.75, $p<0.001$). In total, 42%, 49% and 40% reported ADRs at T1-T3 respectively. After adjusting for sociodemographic and clinical variables, the incidence of self-reported ADRs were significantly higher in women compared to men at T1 (aOR 1.71, CI 1.36–2.15, $p<0.001$), T2 (aOR 1.89, CI 1.49–2.38, $p<0.001$), and T3 (aOR 1.79, CI 1.40–2.28, $p<0.001$).

Conclusion: Women report more ADRs from prescribed therapy than men after PCI. However, they are less likely to receive information about ADRs. Efforts to improve communication on ADRs and gender equity should be a priority.

Hvor fornøyd er hjerteinfarktpasienten med behandlingen og hva vet vi om oppfølgingen?



Ida Almenning Kiel, Phd



Veronica Bendiktsen Berge, sykepleier

Ragna Elise Støre Govatsmark¹, Veronica Berge¹, Ida Kiel¹, Kari Krizak Halle¹, Kaare Harald Bønnaa¹

¹Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, Fagavdelingen, St. Olavs hospital.

Introduksjon: I Norge mangler vi kunnskap på nasjonalt nivå om hvordan pasienter med akutt hjerteinfarkt har det og følges opp etter utskrivning. Denne studien kartlegger oppfølging av hjerteinfarktpasienter via pasientrapporterte data og polikliniske registreringer.

Metode: Norske sykehus er pålagt å registrere alle pasienter med akutt hjerteinfarkt i Norsk hjerteinfarktregister. Pasienter mottar et skjema om egenrapportert helsetilstand etter tre måneder. Fra mars 2021 ble en frivillig poliklinisk modul innført for å kartlegge sekundærprofylaktisk oppfølging. Pasientens første kontroll er inkludert i studien. Resultatene presenteres for perioden 1.9.2021-31.08.2023.

Resultater: I studieperioden var det 8 av 53 sykehus som brukte den polikliniske modulen. I alt 1290 (6%) av totalt 20405 innlagte pasienter ble registrert med minst en poliklinisk kontroll. Ved første kontroll hadde 44% av pasientene oppnådd behandlingsmålet for systolisk blodtrykk, 89% for diastolisk blodtrykk og 87% for HbA1c, mens 32% hadde LDL kolesterol <1,4 mmol/l og 65% <1,8 mmol/L. I alt 68% var overvektig (BMI >25). Av pasienter som besvarte spørreskjemaet (N=10332) var 11% røykere. Sekstifem prosent hadde fått informasjon om hjerterehabilitering, og 26% hadde deltatt. Over 90% hadde stor tillit til helsepersonellet, 76% fikk tilstrekkelig informasjon om plager etter sykehusoppholdet, men bare 31% opplevde at de hadde fått god informasjon om hva de skulle gjøre ved tilbakefall.

Konklusjon: Få sykehus benytter poliklinisk modul. 65% hadde LDL kolesterol < 1,8 mmol/L. Hjerteinfarktpasienter har tillitt til helsepersonell, men opplever manglende informasjon om egne tiltak ved tilbakefall. Bare 26% svarte at de hadde deltatt på hjerterehabilitering.

Nøkkelord:

Akutt hjerteinfarkt, Sekundærprofylaktisk oppfølging, Hjerterehabilitering, Pasientrapportering.

Endringer i helse relatert livskvalitet etter perkutan koronar intervensjon – en nasjonal prospektiv kohortstudie



Siv J. S. Olsen,
RN, PhD, Avdelingsleder/Postdok

Siv J. S. Olsen, Kaare H. Bønaa, Tove A. Hanssen

Bakgrunn: I tillegg til dødelighet og sykkelighet er forbedret helse relatert livskvalitet (HRQOL) et mål for behandling hos pasienter som lider av kardiovaskulær hjertesykdom. Det er begrenset kunnskap om endringer i HRQOL etter perkutan koronar intervensjon (PCI).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å analysere totale og kjønns spesifikke endringer i HRQOL fra baseline til fire år etter PCI.

Metode: Studien bruker data fra Norwegian Coronary Stent Trial (NORSTENT), som inkluderte 9013 pasienter som gjennomgikk første gangs PCI i Norge i perioden september 2008 - februar 2011. HRQOL ble vurdert ved hjelp av Short-Form-12 (SF-12) ved baseline og etter fire års oppfølging i en representativ gruppe på 775 pasienter.

Resultater: Gjennomsnittsalderen var 64 år (SD 9,2) og 75% var menn. Åtti prosent levde sammen med en partner og 67% hadde høyere utdanning. Flertallet av pasientene hadde stabil angina som indikasjon for PCI (40%). Det var en betydelig forbedring i alle SF-12-domener fra baseline til fire års oppfølging ($p < 0,001$). De største endringene var i fysisk rollefunksjon (43,6 vs. 48,2), generelle kroppssmerter (44,8 vs. 50,1) og energinivå (44,1 vs. 49,3). Ved fire års oppfølging viste studien at menn hadde bedret fysisk sumskår sammenlignet med kvinner (4,8 vs. 2,8, $p = 0,04$), men det var ingen statistiske signifikante kjønnsforskjeller i den mentale sumskåren (2,8 vs. 4,4, $p = 0,11$).

Konklusjon: Studien viste at pasienter som gjennomgår PCI for første gang har en tydelig forbedret helse relatert livskvalitet fra baseline til fire års oppfølging. Både ved baseline og ved fire års oppfølging rapporterer menn høyere HRQOL sammenlignet med kvinner.

Nøkkelord: Norwegian Coronary Stent Trial, sekundær forebygging, koronar hjertesykdom, livskvalitet

Co-creation in the development of a digital cardiac rehabilitation programme



Kristin Johnsen Ramstad,
Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie og Ph.D - stipendiat

Ramstad KJ^{1,2}, Hjertvikrem N¹, Pettersen TR^{1,2}, Norekvål TM^{1,2}

¹ Department of Heart Disease, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

² Faculty of Health and Social Sciences, Western Norway University of Applied Sciences

Introduction: Co-creation and patient involvement is pivotal when developing new digital services. Involving patients mitigate risks related to acceptability and feasibility for patients, as the co-creation process involves end-users in each phase of the design and development process.

Aim: This study aims to describe experiences from a co-creation process when developing a digital cardiac rehabilitation programme.

Material and methods: In the development of the eCardiacRehab programme, eight patient-representatives, four men and four women (age 39-73) were recruited from the National Association for Heart and Lung Diseases. Nine co-creation sessions were conducted from June 2022 to September 2023. The sessions had a structured agenda, lasting for 1-3 hours, with a combination of transcription from audiotapes and field notes.

Results: In the co-creation sessions, perceived engagement was high. Several topics engaged the patient-representatives, and patient-representatives' emphasised that eCardiacRehab should;

- 1) offer a more personalised intervention with tailored goals and registering activities to motivate patients overcoming their barriers to adherence
- 2) motivate for exercise and a healthy diet
- 3) provide patients with digital reminders and motivation to adhere to the programme.

In addition, the possibility of peer-support in a digital setting was a challenge raised, as peer-support was an important component in patients' own long-term adherence to life-style changes.

Conclusion: Co-creation allows for development of a more tailored intervention. The patient-representatives had several suggestions for eCardiacRehab. Therefore, it is pivotal to make co-creation sessions a safe platform for sharing, as there is a risk that less positive representatives do not voice their opinion.

«Sukk hjerte, men brist ikke...» - Hvilke eksistensielle behov gir pasienter med hjertesvikt uttrykk for i samtale med lege og hvordan kommuniserer de disse behovene?



Susann Myrold

Forskningssykepleier hjertemedisin, Masterstudent Empowerment og helsefremmende arbeid

Hovedforfatter: Susann Myrold, sykepleier Akershus Universitetssykehus, Masterstudent – Institutt for Sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – Storbyuniversitetet

Medforfatter: Heidi Jerpseth, Førstemanuensis – Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet - Storbyuniversitetet

Introduksjon: Studier viser at pasienter med hjertesvikt har udekkede eksistensielle behov. Dette kan påvirke livskvaliteten, bidra til økt forekomst av angst og depresjon, samt fremme ønske om å fremskynde døden. En grunn til dette kan være at pasientene opplever utfordringer ved å uttrykke eksistensielle behov/tanker/bekymringer, og at helsepersonell synes det er utfordrende å finne riktig tid og sted for slike samtaler. Forskning viser at pasienter synes det er lettere å snakke med sykepleiere om eksistensielle behov. Samtidig er det legene som har størst beslutningsmakt når det gjelder behandlingsalternativer og lindring.

Hensikten/problemstilling: Få økt kunnskap om eldre pasienter med hjertesvikt sine eksistensielle behov, og hvordan disse kommuniseres i samtale med lege på sykehus.

Metode: Kvalitativt utforskende design med hermeneutisk/fenomenologisk tilnærming. Sekundær analyse av data innhentet ved et universitetssykehus i 2022-2023 via MAPINFOTRANS-studien. Inklusjonskriterer: eldre (over 65 år) hjemmeboende pasienter med hjertesvikt innlagt på sykehus. Eksklusjonskriterie: kognitiv svikt. Analyse av 32 lydopptak av visittsamtaler, ved bruk av metoden mikroanalyse av kliniske interaksjoner.

Resultater: Preliminære funn: pasienter uttrykker eksistensielle utfordringer i form av redsel, tap av identitet, tap av funksjon, usikkerhet. Imidlertid er det liten tid til det eksistensielle i samtalene som i hovedsak er preget av biomedisinske temaer/spørsmål.

Konklusjon: Det er behov for økt fokus på eksistensielle behov for pasienter med hjertesvikt. Behov kan adresseres av både sykepleier og lege, og bør inngå i samtaler om behandlingsbeslutninger for å gi et tilbud om helhetlig omsorg.

Nøkkelord: Hjertesvikt, eksistensielle behov, kommunikasjon

Helse på nett - eHelsekompetanse hos pasienter med hjertesvikt



Karoline Høgset Fjørtoft
kardiologisk sykepleier

Karoline Fjørtoft, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital og veileder Gunhild Brørs, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital og NTNU.

Introduksjon eHelse-system kan styrke helsetjenestetilbudet til pasienter med hjertesvikt, men har liten verdi om pasientens eHelsekompetanse hindrer dem i å effektivt anvende de. Det er behov for mer kunnskap om eHelsekompetanse blant pasienter med hjertesvikt. The e-health literacy framework (eHLF) ble inkludert i fordypningsoppgaven som et teoretisk rammeverk.

Hensikten var å undersøke faktorer som påvirker eHelsekompetanse hos pasienter med hjertesvikt, og hvordan dette påvirker pasientens evne til egenomsorg.

Metode En litteraturstudie hvor det ble utført søk i databasene Medline (Ovid) og Cinahl. Det ble inkludert åtte artikler med ulikt studiedesign. Hovedfunn er analysert etter de tre kategoriene i eHLF: 1. Individuell eHelsekompetanse; 2. Interaksjon mellom individuell eHelsekompetanse og eHelse-system; og 3. eHelse-system.

Resultat Nedsatt kognitiv funksjon, lav egenomsorg og høy alder reduserer ferdigheter i å bruke eHelse-system hos pasienter med hjertesvikt. eHelsekompetanse har en positiv effekt på egenomsorg, og sykepleiere har en viktig rolle i opplæring i bruk av eHelse-system. eHelse-system må ha et enkelt brukergrensesnitt, slik at det kan anvendes av alle aldersgrupper. Fokus på individuelle behov kan gjøre eHelse-system til et positivt hjelpemiddel som kan bedre behandlingstilbudet til pasienter med hjertesvikt.

Konklusjon Denne fordypningsoppgaven belyser faktorer som fremmer eller hemmer eHelsekompetanse hos pasienter med hjertesvikt. Indre faktorer påvirker eHelsekompetanse hos pasienter med hjertesvikt, mens det for sykepleiere er ytre faktorer. Styrket eHelsekompetanse bidrar til bedre egenomsorg hos pasienter med hjertesvikt. Sykepleiere bør kartlegge individuell eHelsekompetanse, samt involvere pårørende i bruk av eHelse-system hvor det er nødvendig.

Nøkkelord eHelsekompetanse, hjertesvikt, egenomsorg, eHLF.

Økt gjennomføring av 6-minutter gangtest ved Hjertesviktpoliklinikken



Marianne Lægran

Kardiologisk sykepleier, MSc og daglig leder Norsk Hjertesviktregister

Marianne Lægran¹, Martin Blindheimsvik¹, Eva Kjøl Slind¹, Carina Bach¹

¹Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, Fagavdelingen St. Olavs hospital HF

Bakgrunn

Norsk hjertesviktregister (NHSR) sin «Årsrapport 2020»¹ viste at 18 Hjertesviktpoliklinikker hadde lav måloppnåelse på kvalitetsindikatoren «Andel utført 6-minutter gangtest (6MWT) totalt for alle besøk», 13 Hjertesviktpoliklinikker hadde moderat måloppnåelse og kun 8 Hjertesviktpoliklinikker hadde høy måloppnåelse. Det har over flere år vært lav måloppnåelse på kvalitetsindikatoren i NHSR. Fagrådet i NHSR mente derfor at det var et stort potensial for bedring av kvalitetsindikatoren ved flere Hjertesviktpoliklinikker. Hensikten med kvalitetsindikatoren er å sørge for at pasientens fysiske tilstand blir kartlagt på en god måte ved Hjertesviktpoliklinikkene. Studier har vist at 6MWT er et godt mål på den samlede effekten av den totale behandlingen både når det gjelder medikamentell behandling, fysisk trening, prognose og reinnleggelse²⁻⁵. 6MWT gir også gode opplysninger om pasientens toleranse ovenfor betablokker ved samtidig registrering av hjerterefrekvensen under gangtesten.

Utvalg

Ved oppstart av prosjektet var det 29 av 31 innregistrerende Hjertesviktpoliklinikker i 2020 som hadde lav eller moderat måloppnåelse på kvalitetsindikatoren. Disse mottok invitasjon til prosjektet. Målsetningen var å inkludere 10 Hjertesviktpoliklinikker, men kun 5 takket ja. Grunnet lav oppslutning ble Universitetssykehuset i Nord-Norge HF Tromsø spurt om å delta i prosjektet, de hadde høy måloppnåelse før prosjektoppstart dette ble ikke sett som en hindring for ytterligere forbedring. Det ble også vurdert som en styrke for prosjektet å ha med en Hjertesviktpoliklinikk som hadde gode resultater.

Metode

Prosjektet var basert på gjennombruddsmetoden⁶ som har som mål å redusere gapet mellom dagens praksis og det som er anbefalt behandling. Metoden består av en forberedelsesfase, prosjektfase og spredningsfase. Ved prosjektstart utførte NHSR en kartlegging av Hjertesviktpoliklinikkene sine 6MWT-rutiner og årsaksforholdene til lav måloppnåelse på kvalitetsindikatoren ved deltakende sykehus. I tråd med metoden ble det ble arrangert tre samlinger i løpet av prosjektperioden. På samlingene ble det undervist i kvalitetsforbedringsmetodikk, presentert kartleggingen av Hjertesviktpoliklinikkene og forskning på 6MWT. Hjertesviktpoliklinikkene fikk tilbud om digital oppfølging mellom hver samling. Oppfølgingen hadde som hensikt å oppdatere deltakende Hjertesviktpoliklinikker med progresjonen av tiltakene og adressere eventuelle utfordringer. I tillegg ble det laget en resultatrapport som ble utsendt hvert kvartal.

Mål

Hovedmålet var at de deltakende Hjertesviktpoliklinikkene skulle oppnå moderat (70 %) eller høy (80 %) måloppnåelse for kvalitetsindikatoren innen 01.05.2023.

Resultat

Alle deltakende Hjertesviktpoliklinikker nådde målsettingen for prosjektet, som var å ha minimum moderat (70%) eller høy (80%) måloppnåelse. Resultatene viste at 5 av 6 deltakende Hjertesviktpoliklinikker hadde bedret måloppnåelsen ved prosjektslutt sammenlignet med resultatene i «Årsrapport 2020». St. Olavs hospital HF Trondheim oppnådde ingen bedring, men opprettholdt moderat måloppnåelse.

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF Tromsø var den eneste Hjertesviktpoliklinikken som hadde høy måloppnåelse ved prosjektstart. Ved prosjektslutt var det 3 av 6 deltakende Hjertesviktpoliklinikker som hadde høy måloppnåelse. Variasjonen mellom Hjertesviktpoliklinikker ble redusert i løpet av prosjektperioden. Ved prosjektslutt hadde de deltakende Hjertesviktpoliklinikkene en gjennomsnittlig forbedring fra en måloppnåelse på ca. 50 % i perioden 2020-2021, til i overkant av 80% ved prosjektslutt i 2. kvartal 2023. Hjertesviktpoliklinikkene som takket nei til deltakelse hadde også en forbedring, med en økning fra 60 % i 2020-2021 til 80 % ved prosjektslutt. Det ble utsendt resultatrapporter hvert kvartal gjennom prosjektperioden til alle de inviterte Hjertesviktpoliklinikkene, noe som kan ha påvirket bedringen til de ikke-deltakende Hjertesviktpoliklinikkene. De Hjertesviktpoliklinikkene som ikke mottok invitasjon grunnet høy måloppnåelse, hadde stabil høy måloppnåelse gjennom prosjektperioden.

Konklusjon

Gjennomføringen av prosjektet har resultert i tydelig bedring av kvalitetsindikatoren «Andel utført 6minutter gangtest totalt for alle besøk». De ansatte ved de deltakende Hjertesviktpoliklinikkene har vært engasjerte og bidratt positivt i prosjektet. Både prosjektledelsen og deltakende sykehus har økt sin kompetanse innen kvalitetsforbedringsmetodikk. Til tross for utfordringer med ledelsesforankring og et lavere antall deltakende Hjertesviktpoliklinikker enn opprinnelig ønsket, ble hovedmålet oppnådd. NHSR har mottatt tilbakemeldinger om at prosjektet har økt forståelsen for hvorfor gjennomføring av 6-minutter gang test er viktig. Prosjektet har ført til oppdatering av Brukerveiledning og en informasjonsplakat som benyttes av Hjertesviktpoliklinikkene, som var delmålene ved prosjektet. I tillegg benyttet Hjertesviktpoliklinikken Helse Møre og Romsdal Kristiansund resultatene fra prosjektet til å få tilført en 20 % stilling.

Referanser

1. Norsk hjertesviktregister Årsrapport 2020 <https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerteog-karsykdommer/norsk-hjertesviktregister>
2. Ferreira, J.P., et al., Natriuretic Peptides, 6-Min Walk Test, and Quality-of-Life Questionnaires as Clinically Meaningful Endpoints in HF Trials. *J Am Coll Cardiol*, 2016. 68(24): p. 2690-2707.
3. Forman, D.E., et al., 6-min walk test provides prognostic utility comparable to cardiopulmonary exercise testing in ambulatory outpatients with systolic heart failure. *J Am Coll Cardiol*, 2012. 60(25): p. 2653-61.
4. Vuckovic, K.M. and A.M. Fink, The 6-min walk test: is it an effective method for evaluating heart failure therapies? *Biol Res Nurs*, 2012. 14(2): p. 147-59.
5. Rasekaba, T., et al., The six-minute walk test: a useful metric for the cardiopulmonary patient. *Intern Med J*, 2009. 39(8): p. 495-501.
6. Gjennombrudsmetoden8.
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-forhttps://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-forbedring-langley-nolanforbedring-langley-nolan>



Tusen takk for din deltakelse på den årlige kardiologiske kongressen 2024!

Vel hjem alle sammen!

save  date

23. - 25. april 2025