

# **Rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom**

Daniela Skoglund

Examensarbete

Fysioterapi

2015

|  |   |
|--|---|
| EXAMENSARBETE  |   |
| Arcada   |   |
| Utbildningsprogram:  | Fysioterapi   |
| Identifikationsnummer:   | 5176  |
| Författare:  | Daniela Skoglund  |
| Arbetets namn:   | Rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom  |
| Handledare (Arcada):   | Joachim Ring  |
| Uppdragsgivare:  | Mårtensdals Hälsostation  |
| <p>Sammandrag:</p> <p>Hjärt- och kärlsjukdomar är en av Finlands vanligaste folksjukdomar och till de viktigaste formerna av prevention, rehabilitering och sekundärprevention hör livsstilsförändringar, varav motion är en av de viktigaste. Till Mårtensdals Hälsostation kommer ofta patienter som lider av kranskärlssjukdom på kontroll efter sjukhusskedet, och jag har fått i uppdrag att granska materialet som delas ut åt dessa patienter. Denna undersökning handlar därmed om rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom med inriktning på motionsrådgivning, och riktar sig främst till befolkningen i Finland. Syftet med undersökningen är, att ta reda på om Mårtensdals skriftliga material stämmer överens med de nationella motionsrekommendationerna för kranskärlspatienter. Till frågeställningarna hör därmed hurdana de nationella motionsrekommendationerna för patienter som lider av kranskärlssjukdom är, och hur väl Mårtensdals hälsostations material för patienter som lider av kranskärlssjukdom stämmer överens med dessa?</p> <p>I innehållsanalysen jämfördes tillförlitligt finskt material och materialet från Mårtensdals hälsostation, varefter materialen kategoriserades och tabeller skapades utgående ifrån kategorierna. Materialens innehåll sattes in i tabellerna och Mårtensdals material analyserades med hjälp av en checklista som skapats utgående ifrån det finska materialet. Resultatet var att endast två av materialen innehöll 8/9 faktorer från checklistan, medan resten av materialen innehöll under hälften av faktorerna från checklistan. Dock nämndes varje faktor från checklistan minst en gång i ett av materialen, så ifall materialen kombineras får patienterna vid Mårtensdals hälsostation tillräcklig skriftlig information om motion i samband med kranskärlssjukdom.</p> |   |
| Nyckelord:   | Hjärt- och kärlsjukdom, kranskärlssjukdom, rehabilitering, sekundärprevention, ateroskleros, motion, Mårtensdals hälsostation |
| Sidantal:  | 51  |
| Språk:   | Svenska   |
| Datum för godkännande:   |   |

|   |  |
|---|--|
| DEGREE THESIS   |  |
| Arcada  |  |
|   |  |
| Degree Programme:   | Physiotherapy  |
|   |  |
| Identification number:  | 5176   |
| Author:   | Daniela Skoglund   |
| Title:  | Rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease   |
| Supervisor (Arcada):  | Joachim Ring   |
|   |  |
| Commissioned by:  | Martinlaakson Terveysasema   |
|   |  |
| <p>Abstract:</p> <p>Cardiovascular diseases are one of Finland's most common diseases, and the most important forms of prevention, rehabilitation and secondary prevention are lifestyle changes, which exercise is one of the most important. Patients suffering from coronary artery disease often visit Martinlaakso Healthstation for a control after the hospital phase, and I have been asked to review the material given to these patients. This investigation is thereby about rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease with focus on exercise, and the study mainly targets the population in Finland. The purpose of the study is to by content analysis find out, if Martinlaakso's written material contain the same information as national exercise recommendations for coronary patients. The research questions thereby include what kind of national exercise recommendations for patients suffering from coronary artery disease are, and how well Martinlaakso's materials for patients suffering from coronary heart disease are consistent with those?</p> <p>In the content analysis reliable Finnish material and material from Martinlaakso Health station were compared, whereafter the materials were categorized and tables were created starting from the categories. Materials contents were inserted in the tables and Martinlaakso Healthstation material was analyzed using a checklist that was created from the Finnish material. The outcome was, that only two of the materials contained 8/9 elements from the checklist, while the rest of the materials contained less than half of factors from the checklist. However, each factor from the checklist was mentioned at least once in one of the materials, so if the materials are combined, patients at Martinlaakso Health Station get sufficient written information about exercise in conjunction with coronary artery disease.</p> |  |
| Keywords:   | Cardiovascular disease, coronary artery disease, rehabilitation, secondary prevention, atherosclerosis, exercise, Martinlaakson terveysesema |
| Number of pages:  | 51   |
| Language:   | Swedish  |
| Date of acceptance:   |  |

|   |   |
|---|---|
| OPINNÄYTE   |   |
| Arcada  |   |
| Koulutusohjelma:  | Fysioterapia  |
| Tunnistenumero:   | 5176  |
| Tekijä:   | Daniela Skoglund  |
| Työn nimi:  | Sepelvaltimotaudin kuntoutus ja sekundaaripreventio   |
| Työn ohjaaja (Arcada):  | Joachim Ring  |
| Toimeksiantaja:   | Martinlaakson Terveysasema  |
| <p>Tiivistelmä:</p> <p>Sydän- ja verisuonitaudit ovat Suomen yleisimpiä sairauksia, ja tärkeimpiä ehkäisy-, kuntoutus- ja sekundaaripreventiomuotoja ovat elintapamuutokset, joista liikunta on yksi tärkeimpiä. Martinlaakson Terveysasemalle tulevilla sepelvaltimotautipotilailla on yleensä sairaalavaihe takanaan ja tulevat terveysasemalle kontrollikäynnille, ja minun tehtäväni on tarkistaa materiaali joka annetaan näille potilaille. Tämä tutkimus kertoo siten sepelvaltimotaudin ehkäisystä ja sekundaaripreventiosta keskittyen liikuntaneuvontaan, ja tutkimus on pääosin tarkoitettu Suomen väestölle. Tutkimuksen tarkoituksena on sisällönanalyysin avuin selvittää, mikäli Martinlaakson kirjallinen materiaali sepelvaltimopotilaille täsmää sepelvaltimopotilaiden kansallisiin liikuntaohjeisiin. Tutkimuskysymyksiin kuuluvat siten millaiset kansalliset liikunnan suositukset sepelvaltimopotilaille ovat, ja kuinka hyvin Martinlaakson terveysaseman materiaalit täsmäävät näihin suosituksiin?</p> <p>Sisällönanalyysissä verrattiin luotettavaa suomalaista materiaalia Martinlaakson materiaaliin, jonka jälkeen materiaalit luokiteltiin ja taulukot luotiin luokittelujen perusteella. Materiaalien sisältö lisättiin taulukkoihin ja Martinlaakson materiaalia analysoitiin tarkistuslistan avuin. Tuloksena oli, että ainoastaan kaksi Martinlaakson materiaaleista sisälsi 8/9 tarkistuslistan tekijöistä, ja loput materiaaleista sisälsivät alle puolet. Jokainen tarkistuslistan tekijöissä mainittiin kuitenkin ainkan kerran yhdessä materiaaleista, joten mikäli materiaalit yhdistetään, sepelvaltimotautia sairastavat potilaat saavat tarpeeksi kirjallista tietoa liikunnasta Martinlaakson terveysasemalla.</p> |   |
| Avainsanat:   | Sydän- ja verisuonitauti, sepelvaltimotauti, kuntoutus, sekundaaripreventio, ateroskleroosi, liikunta, Martinlaakson terveysasema |
| Sivumäärä:  | 51  |
| Kieli:  | Ruotsi  |
| Hyväksymispäivämäärä:   |   |

## Innehållsförteckning

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INLEDNING</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2</b> | <b>Problemformulering</b>   | <b>9</b>  |
| 2.1      | Syfte   | 9         |
| 2.2      | Problemavgränsning  | 9         |
| 2.3      | Frågeställningar  | 10        |
| 2.4      | Centrala begrepp  | 10        |
| <b>3</b> | <b>Bakgrund</b>   | <b>11</b> |
| 3.1      | Vad är hjärt- och kärlsjukdom?  | 11        |
| 3.2      | Rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom  | 12        |
| 3.3      | Hjärtrehabilitering i Europa  | 15        |
| 3.3.1    | <i>Hjärtrehabilitering i den offentliga sektorn i Finland</i>                                     | 15        |
| 3.3.2    | <i>Hjärtrehabilitering och FPA</i>  | 18        |
| 3.4      | Hur rehabiliteras patienter som lider av kranskärlssjukdom vid Mårtensdals hälsostation?          | 19        |
| 3.5      | Liikunta-apteekki   | 20        |
| 3.6      | Motionsrekommendationer för friska  | 21        |
| <b>4</b> | <b>Metod och material</b>   | <b>22</b> |
| 4.1      | Materialinsamling till inledning och bakgrund   | 22        |
| 4.2      | Materialet som används vid Mårtensdals hälsostation   | 23        |
| 4.3      | Innehållsanalys som metod   | 23        |
| 4.4      | Kategorisering av data  | 25        |
| 4.4.1    | <i>Kategori 1</i>   | 25        |
| 4.4.2    | <i>Kategori 2</i>   | 25        |
| <b>5</b> | <b>Resultat</b>   | <b>26</b> |
| 5.1      | Hurudana är de nationella motionsrekommendationerna för patienter som lider av kranskärlssjukdom? | 26        |
| 5.2      | Analys av innehållet i Kategori 1   | 26        |
| 5.3      | Sammanfattning av motionsråd i samband med kranskärlssjukdom                                      | 30        |
| 5.4      | Hur väl överens stämmer Mårtensdals material med de nationella motionsrekommendationerna?         | 31        |
| 5.5      | Resultatredovisning i tabellform  | 33        |
| 5.6      | Analys av Tabell 2  | 35        |
| <b>6</b> | <b>Diskussion</b>   | <b>38</b> |
| 6.1      | Etik  | 39        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 6.2      | Innehållsanalys som metod.....  | 39        |
| 6.3      | Reliabilitet och validitet.....   | 40        |
| 6.4      | Skillnaden mellan motionsråd för friska och patienter som lider av kranskärslssjukdom<br>41 |           |
| 6.5      | Övriga tankar kring examensarbetet .....  | 42        |
| <b>7</b> | <b>Avslutning .....</b>   | <b>44</b> |
|          | <b>Källor / References .....</b>  | <b>45</b> |
| <b>8</b> | <b>Bilagor .....</b>  | <b>50</b> |

## **Figurer**

|  |    |
|--|----|
| Figur 1. Bild på kranskärslssjukdom.....                         | 11 |
| Figur 2. Bild på Liikuntapiirakka.....                           | 21 |
| Figur 3. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus..... | 29 |
| Figur 4. Bild på Borgs Skala.....                                | 29 |

## **Tabeller**

|   |    |
|---|----|
| Tabell 1. Materialens (Kategori 2) innehåll gällande viktiga faktorer i samband med rehabilitering och sekundärprevention av kranskärslssjukdom ..... | 34 |
| Tabell 2. Materialens (Kategori 2) innehåll gällande viktiga faktorer i samband med kranskärslssjukdom och motion.....                                | 35 |

## 1 INLEDNING

I Finland bor idag ca 5,5 miljoner människor, varav ca 180 000 får ersättning av FPA för medicinering på grund av hjärt- och kärlsjukdom. Det totala antalet människor som lider av hjärt- och kärlsjukdom är ännu större än 180 000, eftersom alla inte är registrerade vid FPA (Duodecim 2014). Detta innebär att omkring 4 % av Finlands befolkning lider av hjärt- och kärlsjukdom, vilket gör hjärt- och kärlsjukdomar till en av Finland vanligaste folksjukdomar.

Enligt statistiskcentralen var cirkulationsorganens sjukdomar den vanligaste dödsorsaken år 2013, då 19 548 personer i Finland avled på grund av sjukdom i cirkulationsorganen. Det var den absolut största dödsorsaken, t.ex. dog 2245 människor på grund av olyckor och 1892 på grund av sjukdomar i andningsorganen. (Statistikcentralen 2014). Specifikt kan här lyftas fram att dödsfall till följd av iskemisk hjärtsjukdom var 10 552 (Tilastokeskus).

För att ännu försöka ge en bild av hur omfattande problem hjärt- och kärlsjukdomar är, kan även nämnas att hjärt- och kärlsjukdomar uppskattningsvis kostar Finland 918 miljoner euro per år (Suomen Sydänliitto) och 61,5 miljarder kronor per år i Sverige (Hjärt & Lungfonden 2010). Dessa summor berättar, att förutom att hjärt- och kärlsjukdomar kostar folks liv, kostar det även enorma summor för samhället.

Dessa siffror torde ge en bild över hur omfattande och allvarligt problem hjärt- och kärlsjukdomar är, och därför vill jag i detta examensarbete fokusera på hurudan information och handledning patienter som lider av denna sjukdom borde få. Genom att tillräcklig information om hjärt- och kärlsjukdom når folket i tid, kunde folk både förebygga sjukdomen och förstå hur viktigt det är att söka hjälp i tid.



## **2 PROBLEMFÖRMULERING**

Detta examensarbete är ett beställningsarbete av Mårtensdals hälsostation i samarbete med Finlands Hjärtförbund.

### **2.1 Syfte**

Syftet med denna undersökning är att genom innehållsanalys ta reda på om patienter som lider av kranskärlssjukdom får väsentlig skriftlig information om motion i samband med kranskärlssjukdom vid Vandas hälsostation Mårtensdal. Detta innebär att jag kommer att granska materialet som delas ut åt patienter som lider av kranskärlssjukdom i Vanda och sedan jämföra materialet med annat finskt tillförlitligt material, för att ta reda på om Mårtensdals skriftliga material stämmer överens med de nationella motionsrekommendationerna för kranskärlspatienter. Ifall informationen är bristfällig, kommer personalen på Mårtensdals hälsostation att få förslag på vad som borde förbättras med deras material för att patienternas skall få bästa möjliga skriftliga motionsråd.

### **2.2 Problemavgränsning**

Problemavgränsningen kommer att ske genom att jag endast fokuserar på rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom, förebyggande ingår alltså inte i denna undersökning. Undersökningen också kommer främst att rikta sig till Finlands befolkning, även om allmänna råd och riktlinjer också tas upp.

Min undersökning kommer främst att beröra motion för patienter som lider med kranskärlssjukdom, även om kost och dylikt också kan nämnas. Orsaken till detta är att motionen är fysioterapeutens område, medan en fysioterapeut inte har specialkunnande inom kostrådgivning.

## 2.3 Frågeställningar

Forskningsfrågorna jag söker svar på är följande:

1. Hurudana är de nationella motionsrekommendationerna för patienter som lider av kranskärslssjukdom?
2. Hur väl stämmer Mårtensdals hälsostations material för patienter som lider av kranskärslssjukdom överens med de nationella motionsrekommendationerna?

## 2.4 Centrala begrepp

**Hjärt- och kärlsjukdom:** Innefattar alla sjukdomar som leder till nedsatt funktion av hjärtat och/eller blodkärlen. (Livsmedelsverket 2014)

**Kranskärslssjukdom:** Innebär att de små kärlen som försörjer hjärtat med blod blivit förträngda på grund av ateroskleros, det vill säga lagringar som bildats i blodkärlen. (Mustajoki 2014)

**Rehabilitering:** Insatser som skall bidra till att en person med nedsatt funktionsförmåga skall kunna upprätthålla bästa möjliga livskvalitet. (Cronberg 2013)

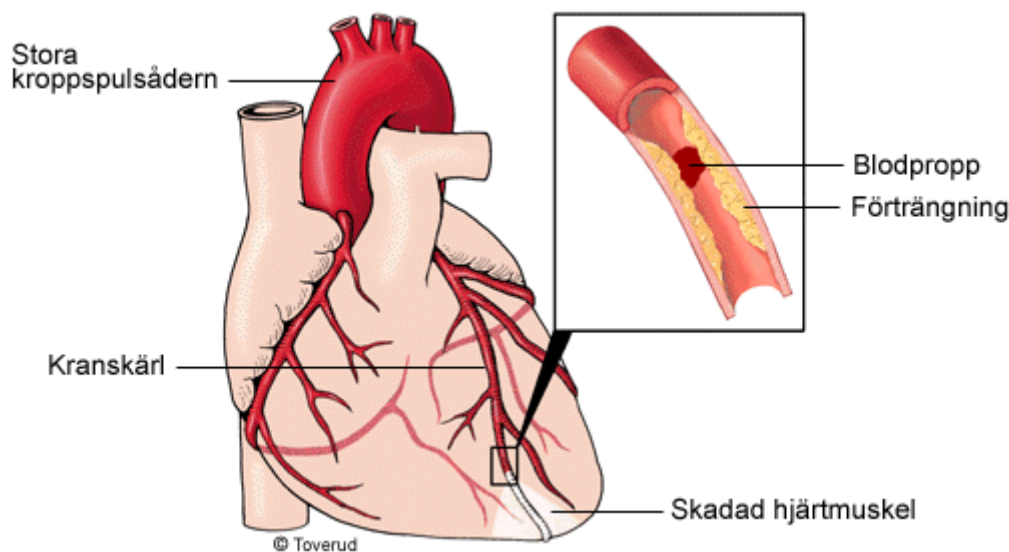
**Sekundärprevention:** Att förebygga återinsjuknande när sjukdom redan konstaterats. Steget före sekundärprevention kallas primärprevention, vilket innebär att man förebygger insjuknande. (Ehrenkrona s 70)

### 3 BAKGRUND

#### 3.1 Vad är hjärt- och kärlsjukdom?

Hjärt- och kärlsjukdom är ett samlingsbegrepp för sjukdomar i cirkulationsorganen, såsom hjärtinfarkt, stroke, kärlkramp och hjärtsvikt (Hjärt&Lungfonden 2014). I denna undersökning fokuserar jag främst på hjärtats kranskärl.

Kranskärlens uppgift är att försörja hjärtat med blod. I dessa kranskärl kan det bildas förträngningar till följd av till exempel rökning, högt blodtryck, dåliga matvanor och brist på motion, eftersom fett och bindväv då lagras lättare i kärlväggen. Ifall förträngningar i kranskärlen uppstår kan blodet inte passera lika lätt, och ifall kranskäret blir helt tilltäppt innebär det, att den delen av hjärtat som kranskäret leder till blir utan syre. Detta innebär i sin tur, att en blodpropp har bildats och en hjärtinfarkt uppstår. (Vårdguiden 2012)



Figur 1. Bild på kranskärlssjukdom. Källa: Hambraeus 2012

Hjärtinfarkt kan behandlas på flera olika sätt, till exempel med ballongvidgning eller bypass-operation. Detta betyder dock inte att man blir frisk, utan lagringarna som bildats i blodkärlen finns fortfarande kvar. Dessa lagringar kallas åderförkalkning eller ateroskleros (Vårdguiden 2013). För att få reda på hur förträngda kranskärlen är kan

man göra en angiografi, som är en röntgenundersökning som ger en tydlig bild av förträngningarna i blodkärlen. (Vårdguiden 2013)

När kärlsjukdom konstaterats, gäller det att förebygga progression. Ifall man redan fått en blodpropp gäller det att se till att det inte händer igen, och ifall man inte fått någon blodpropp gäller det att se till att åderförkalkningen inte framskrider så att man får en. Förutom mediciner, är det viktigaste sättet att förebygga att ändra sin livsstil (Duodecim 2014). Mer om det under följande rubrik, "Rehabilitering av kranskärlssjukdom".

### **3.2 Rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom**

Detta kapitel handlar om vad man redan konstaterat gällande sekundärprevention och rehabilitering av kranskärlssjukdom genom tidigare forskning. Jag kommer att fokusera på sekundärprevention och rehabilitering efter sjukhusskedet, eftersom patienterna som får materialet från Mårtensdals hälsostation oftast redan har sjukhusskedet bakom sig.

Förutom att hjärt- och kärlsjukdomar behandlas med läkemedel, är den viktigaste behandlingsformen att gå igenom ifall det finns något man borde ändra med sin livsstil. Undersökningar påvisar, att genom att ändra på sina levnadsvanor förbättras prognosen märkbart. Med att ändra sina levnadsvanor menas att man bör sluta röka, eller åtminstone minska på rökandet, äta mer frukter, bär och grönsaker samt att använda mjuka fetter framför hårda. (Käypähoito 2003)

Förutom ovannämnda livsstilsförändringar är en av de viktigaste sakerna gällande hjärtrehabilitering och sekundärprevention motion. I en finsk undersökning av hög kvalitet konstaterade man att patienter som lider av kranskärlssjukdom som får en rehabilitering med tyngdpunkt på motion, har mindre risk för död till följd av hjärt- och kärlsjukdom. I undersökningen deltog 375 personer som haft hjärtinfarkt och undersökningen pågick i 15 år. Interventionsgruppen bestod av 188 personer som fick optimal medicinering, kostrådgivning, psykiskt stöd, råd att sluta röka samt instruktion av motion, medan resten fungerade som kontrollgrupp. Förutom att dödligheten var mindre i intervent-

ionsgruppen påverkades även blodtrycket och kolesterolnivån positivt. (Hämäläinen et al. 1995).

I en annan undersökning har det också konstaterats att motion både minskar dödlighet till följd av hjärt- och kärlsjukdom samt förlänger livslängden. Det optimala skulle vara att motionera raskt minst 30 minuter, helst dagligen. Med rask motion menar man att man skall använda sig av effektiva motionsformer där kroppens stora muskler får arbeta, såsom raska promenader, simning eller cykling. (Buchner m.fl. 2015)

Enligt Freeman är det optimala för hjärtpatienter 150 minuter aerobisk träning i veckan, vilket i medeltal är ca 20 minuter per dag. Motionsformer som rekommenderas är förutom raska promenader, simning och cykling till exempel att hoppa hopprep, vattengymnastik och rullskridskor. Motionsformer som man skall vara försiktig med är isometriska övningar, vilket innebär övningar där muskeln arbetar men muskelns längd inte ändras. Orsaken till att man helst bör undvika dessa övningar om man lider av hjärt- och kärlsjukdom är att isometriska övningar kan orsaka blodtrycksförhöjning. Man bör också undvika för snabba temperaturväxlingar, t.ex. inte motionera utomhus om det är kallt eftersom det kan påverka blodcirkulationen negativt. Ifall man känner sig utmattad, väldigt andfådd, illamående eller har bröstsmärta bör motionen avbrytas. (Freeman 2011)

I en annan undersökning gick man noggrannare in på hurudan träning som ger bäst resultat för patienter med hjärtsvikt, och då konstaterade man att träning minskar på symptomen hos patienter med hjärtsvikt bara man tränar på rätt sätt. I undersökningen randomiserades patienter med hjärtinsufficiens i två grupper, varav ena gruppen tränade intervallträning tre gånger i veckan, 47 minuter per gång under tolv veckors tid, medan kontrollgruppen fick de reguljära motionsråden. Efter tolv veckor konstaterade man att intervallgruppen både hade bättre aerobisk kapacitet, mindre hjärtsymptom och bättre livskvalitet. (Bruvold 2007) Orsaken till att jag nämner detta är att hjärtinsufficiens ofta kan vara en följd av kranskärlssjukdom.

Enligt EKG-diagnostik består behandlingen av kranskärlssjukdom av följande faktorer: uppföljning, rökavvänjning, kostförändringar, viktkontroll, rätt form av diabetesbehand-

ling, medicinering och motion. Rökning är den största och farligaste riskfaktorn i samband med kranskärslsjukdom, och motionen borde utövas 30-60 min dagligen (EKG-diagnostik). Gällande kranskärslsjukdom och diabetes har diabetiker, enligt Diabetesförbundet, tredubblad risk att drabbas av kranskärslsjukdom, eftersom dålig blodsockerkontroll kan leda till att sockeromsättningen samlas i kranskärslväggarna. Diabetiker har därmed lättare att få förträngningar i kranskärnen, och detta gäller både personer som lider av diabetes typ 1 och typ 2. (Diabetesliitto 2012)

Enligt Suomen Fysioterapeutit är målet med rehabilitering för patienter som lider av kranskärslsjukdom att öka funktionsförmågan, livskvalitén, välmåendet samt arbetsförmåga för patienter i arbetsför ålder. Detta uppnås genom vardagsmotion 3-4 gånger i veckan 30-60 minuter per gång, uthållighetsträning minst 3-5 gånger i veckan samt muskelträning 2-3 gånger i veckan. Exempel på vardagsmotion är hemsysslor eller trädgårdsarbete och då bör man bli lätt andfådd. Exempel på uthållighetsträning är rask promenad och cykling och då bör man bli måttligt andfådd. Styrketräningen bör rikta sig till kroppens stora muskelgrupper (till exempel ben och rygg) och varje rörelse bör göras 10-15 upprepningar, 1-3 serier. (Suomen Fysioterapeutit 2011)

Suomen Fysioterapeutit delar in rehabiliteringen av kranskärslsjukdom i tre olika skeden: Sjukhusskedet, konvalescensskedet och upprätthållandeskedet. Ovannämnda rekommendationer riktar sig till patienter i konvalescensskedet och upprätthållandeskedet. För att uppnå tillräcklig motion bör man förbruka 1000-2000 kalorier i veckan till följd av konditions- och styrketräning. Under varje pass bör man komma ihåg både uppvärmning och avslappning som sammanlagt ska räcka 5-15 minuter. (Suomen Fysioterapeutit 2011)

För att sammanfatta rekommendationerna på basis av tidigare forskning, är det viktigt för patienter med hjärt- och kärlsjukdom att sluta röka, äta hälsosamt (mycket frukt/grönsaker/bär och lite hårda fetter) och framför allt motionera. Motionen bör bestå av vardagsmotion, styrketräning (rörelserna bör kontrolleras) och uthållighetsträning, och motionen bör utövas helst dagligen. Medan man motionerar bör man även lyssna på kroppen, eftersom alla reagerar på motion individuellt. Vid utmattning, illamående eller hjärtkänningar bör motionen avbrytas.

### **3.3 Hjärtrehabilitering i Europa**

I en ny undersökning publicerad av European Journal of Preventive Cardiology undersökte man om de gemensamma riktlinjerna för förebyggande och sekundärprevention av hjärt- och kärlsjukdom följs i Europa. Undersökningen kallas EUROASPIRE IV och utfördes i 24 europeiska länder, varav Finland var ett av länderna.

Från varje land valdes ett visst antal sjukhus ut, och från varje sjukhus intervjuades patienter med kranskärslsjukdom. Även patienternas journaler gick igenom. Sammanlagt deltog 78 sjukhus i undersökningen, 16 426 journaler gick igenom och 7998 patienter med kranskärslsjukdom intervjuades.

I undersökningen framgick det att 16% av patienterna rökte, att ingen eller endast lite motion utövades av 59,9%, att 37.6% var överviktiga, att 42.7% hade högt blodtryck (>140/90 mmHg) och att 26.8% hade diabetes. Därav drogs slutsatsen att genomförandet av riktlinjerna är långt ifrån optimalt i och med hög prevalens av rökning, fetma, bukfetma, diabetes och bristfällig motion.

De flesta av patienterna hade medicinering, men de terapeutiska målen för sekundärpreventionen uppnådde långt ifrån alla patienter. Mindre än hälften av patienterna med kranskärslsjukdom gynnades av rehabilitering i syfte av sekundärprevention och en ny, modern strategi krävs för att sekundärpreventionen skall förbättras i de europeiska länderna. (Kotseva & Wood m.fl 2015)

#### **3.3.1 Hjärtrehabilitering i den offentliga sektorn i Finland**

Finlands Hjärtförbund har gjort en undersökning med syftet att kartlägga hur patienter med hjärt- och kärlsjukdomar rehabiliteras i Finland. Undersökningen gjordes i form av en enkät som skickades åt alla sjukhus och hälsocentraler i Finland som vårdar patienter som lider av hjärt- och kärlsjukdomar. Man kom fram till följande:

Under det akuta skedet ansvarade i regel sjukhusen för vården, men bara i 1/3 av sjukhusen var rehabilitering en del av vården. Uppföljningen skedde antingen på sjukhuset eller hälsocentralen, men uppföljningen ordnades endast för patienter som fick regelbunden medicinerings (dessa uppföljdes på hälsocentral) och patienter med svår hjärt- och kärlsjukdom eller patienter som genomgått ingrepp för hjärt- och kärlsjukdom (dessa uppföljdes på sjukhus). Att söka sig till uppföljning var således oftast på patientens eget ansvar. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 26)

91% av sjukhusen och 71% av hälsocentralerna informerade patienterna om var de kunde få fortsatt hjärtrehabilitering, dock fick patienterna inte tillräcklig information om rehabiliteringsmöjligheter varken från sjukhus eller hälsocentraler. I hälsocentralerna gavs oftast information om hjärtorganisationens rehabiliteringsmöjligheter, medan man i sjukhusen oftast gav information om FPA:s rehabilitering. I 17% av hälsocentralerna fick patienterna ingen information om möjligheter av fortsatt rehabilitering. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 21)

100% av sjukhusen svarade att de använde sig av Finlands Hjärtförbunds material när rådgivning gavs åt patienterna, medan Finlands Hjärtförbunds material användes i 99% av hälsocentralerna. Största delen av sjukhusen och hälsocentralerna upplevde ändå att de skulle vara i behov av mera skriftligt material som stöd när rådgivning ges åt hjärtpatienterna. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 24)

Rådgivning gavs åt patienter under hela sjukhusskedet, men man hade vag uppfattning om hur många gånger rådgivning ges, när och av vem. Dock var det oftast sjuksköterskor och läkare som var ansvariga rådgivningen. Hjärtsköterskor, personer specialiserade på rehabilitering eller andra sjuksköterskor/hälsovårdare med hjärtexpertis fanns i 65% av sjukhusen och 56% av hälsocentralerna. Råd av en näringsterapeut fick 1-2% av patienterna i sjukhus och hälsocentraler. I sjukhusen fick ungefär hälften av patienterna träffa en fysioterapeut, medan patienter i 19% av hälsocentralerna inte fick träffa en fysioterapeut över huvudtaget. I och med detta konstaterades, att den offentliga sektorns hjärtrehabiliteringen och rådgivningen är bristfällig i Finland. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 22-23)



I en tabell jämförs Finlands och Sveriges sjukhustjänster i syfte av hjärtrehabilitering. Det framgick att 93% av hjärtpatienterna i Sverige och 62% av patienterna i Finland får ett individuellt träningsprogram, att 100% av hjärtpatienterna i Sverige och 31% av hjärtpatienterna i Finland får motionshandledning i grupp, att 52% av hjärtpatienterna i Sverige och 50% av hjärtpatienterna i Finland får råd om tobaksavvänjning individuellt och att 100% av hjärtpatienternas anhöriga i Sverige och 7% av hjärtpatienternas anhöriga i Finland får råd. Detta innebär, att procentuellt sett får patienterna i Sveriges sjukhus mycket större utbud av tjänster i syfte av hjärtrehabilitering. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 29)

Gällande hjärtrehabilitering och motion framgick det i undersökningen att kliniska ansträngningstest i syftet att bedöma en passlig mängd och nivå av motion åt hjärtpatienter, gjordes endast i 14% av sjukhusen och 7% av hälsocentralerna. Hjärtpatienterna fick motionsrehabilitering och/eller motionsrådgivning i ungefär hälften av sjukhusen och ¼ av hälsocentralerna. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 33)

I sjukhusen fick hjärtpatienterna motionsråd i medeltal fyra gånger, medan medeltalet i hälsocentralerna var sju gånger. Till motionsrådgivningen hörde information av vikten av motion i samband med kranskärslsjukdom, passliga motionsformer, passlig ansträngningsnivå, hemövningar, olika tester (exempelvis trappgång och gångtest), andningsövningar, olika motionsövningar samt information om motionsgrupper. Både i sjukhusen och hälsocentralerna gavs motionsråden och motionsrehabiliteringen av en fysioterapeut. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 33)

88% av sjukhusen och 74% av hälsocentralerna meddelade i undersökningen, att de vet att hjärtpatienterna inte får tillräckligt med motionsrådgivning och motionsrehabilitering. Det största problemet var, att patienterna inte får information om vart de skall söka sig för att få den motionsrådgivning och motionsrehabilitering de behöver. Hälsocentralerna poängterade också, att ett problem är att hjärtpatienterna inte skickas vidare till fysioterapi med remiss. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 34)

Enligt Mäkinen & Penttilä beror resultaten av hjärtrehabilitering på vad rehabiliteringen bestått av och hur den förverkligats. Bästa resultat uppnås, ifall patienterna får handledning för hur programmen skall förverkligas, och rehabiliteringsplanen består av både motion och psykologiska interventioner. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 11)

Några undersökningar som nämns i undersökningen gjord av Finlands Hjärtförbund, är bland annat undersökningar gjorda av Taylor m.fl och Rees m.fl. I en meta-analys gjord av Taylor m.fl framgick det att dödligheten för patienter med kranskärslssjukdom minskade med 20% ifall rehabiliteringen bestod av mångsidig motion och psykosociala interventioner istället för vanlig vård. I undersökningen gjord av Rees m.fl lyfter man fram hur stress påverkar kranskärslssjukdom, en så kallad psykologisk rehabilitering som innehöll stresshantering minskade nämligen både risken för död till följd av hjärtsjukdom och hade en positiva inverkan på blodfetterna. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 11)

Mäkinen och Penttilä kritiserar att man i Finland använder så lite resurser till hjärtrehabilitering, trots märkbara positiva resultat. De lyfter fram flera undersökningar som påvisat märkbara positiva effekter av hjärtrehabilitering, men ändå används endast 1,6% av Finlands vårdkostnader till fysioterapi och hjärtrådgivning. (Mäkinen & Penttilä 2007 s 12)

### **3.3.2 Hjärtrehabilitering och FPA**

Enligt Finlands Hjärtförbund är hjärtpatienters motionsrehabilitering individuell motionsrådgivning eller motionsrådgivning i grupp, som leds av en fysioterapeut. Till motionsrehabilitering hör även bedömning av funktionsförmågan. Motionsgrupperna som leds av en fysioterapeut ordnas bland annat i hälsocentraler, hjärtföreningar och i privata vårdanläggningar. (Suomen Sydänliitto)

Ledd motion rekommenderas åt hjärtpatienter som är rädda för att motionerna, inte vet hur de skall motionera, har dålig kondition, känner ångest eller lider av depression. För att få motionsrehabilitering behövs en remiss av en läkare, och med hjälp av en remiss

ersätter FPA upp till 15 gånger ledd motion. Patienten har ett år på sig att använda dessa motionsgångar och rekommenderas att delta i den ledda motionen 2-3 gånger i veckan, I vilket fall rehabiliteringen pågår i cirka 1-2 månader. (Suomen Sydänliitto)

När patienten har deltagit i 15 ledda motionstillfällen kan läkaren bedöma ifall patienten har behov av fortsatt rehabilitering. Ifall fortsatt rehabilitering inte behövs, utnyttjar patienten vad denne lärt sig under de ledda motionstillfällena, och fortsätter utöva motionen på egen hand. (Suomen Sydänliitto)

### **3.4 Hur rehabiliteras patienter som lider av kranskärslssjukdom vid Mårtensdals hälsostation?**

Den 10.2.2015 hölls ett möte i Mårtensdals hälsostation tillsammans med läkaren Toni Vuori och avdelningssköterskan Auli Hassinen. Syftet med mötet var, att ge oss som skriver examensarbeten, en bättre bild av hurudan verksamhet hälsocentralen har gällande patienter som lider av kranskärslssjukdom.

I undersökningen som gjordes av Finlands Hjärtförbund, med syftet att kartlägga hur patienter med hjärt- och kärlsjukdomar rehabiliteras i Finland i den offentliga sektorn, framgick det att det inte finns något gemensamt system den offentliga sektorn följer gällande rehabilitering av patienter med hjärt- och kärlsjukdomar, samt att man hade en vag uppfattning om hur många gånger rådgivning ges, när och av vem (Suomen Sydänliitto 2007). Mårtensdals hälsostation har heller inget speciellt system de följer, men oftast bokar en patient tid till hälsostationen på egen hand efter sjukhusskedet och får sedan träffa en läkare eller hälsovårdare. På Mårtensdals hälsostation är det dock oftast hälsovårdarna som tar emot patienter med kranskärslssjukdom som kommer på kontroll, eftersom det varken finns hjärtsjukskötare eller fysioterapeuter i hälsocentralen.

Patienterna med hjärt- och kärlsjukdom som bokar tid till Mårtensdals hälsostation, gör det oftast på uppmaning från sjukhuset, eftersom de efter sjukhusskedet uppmanas att boka en kontrolltid till sin egen hälsocentral. Detta innebär, att man inte har koll på hur

många av patienterna som borde boka tid till kontroll egentligen gör det, och att patienterna som bokar tid redan blivit diagnostiserade med hjärt- och kärlsjukdom. (Vuori, 2015)

### **3.5 Liikunta-apteekki**

Hälsovårdarna har en hel del material som delas ut till patienterna, både allmän information om kranskärlssjukdom, kostrådgivning samt motionsråd. I undantagsfall kan patienterna skickas vidare till Liikunta-apteekki, som enligt Vanda Stads hemsidor är ett ställe där man ger råd om nyttomotion. Syftet med Liikunta-apteekki är alltså, att stöda den motionsrådgivning som patienterna fått på hälsocentralerna. (Vanda Stad)

Anne Pakarinen, som jobbar under titeln Erityisliikunnan Suunnittelija, berättar per e-post att motionsrådgivningen i Liikunta-apteekki utgår ifrån klientens/patientens egna behov och önskemål. Som exempel berättar hon att en patient som lider av kranskärlssjukdom inte nödvändigtvis får motionsråd anpassade just för patienter med kranskärlssjukdom. Exempelvis kan en patient som lider av kranskärlssjukdom ha problem med balansen, och då kan de i Liikunta-apteekki fokusera på balansen istället för kranskärlssjukdomen.

Pakarinen nämner också i sitt e-postmeddelande, att Liikuntapalvelut för tillfället är involverade i Hjärtförbundets projekt Liikuntapolku, som fokuserar på motionsrådgivning för patienter som lider av kranskärlssjukdom. Tack vare projektet kommer personalen på Liikunta-apteekki att få skolning gällande motionsrådgivning enligt Hjärtförbundets modell för patienter med kranskärlssjukdom. (Pakarinen 2015)

### 3.6 Motionsrekommendationer för friska

För att kunna lyfta fram det viktiga med motion för patienter som lider av kranskärlsjukdom, behöver jag också kort ta upp motionsrekommendationer för friska. Detta för att ha något att jämföra med för att bättre kunna lyfta fram vad som är viktigt att ta upp med patienter som lider av kranskärlssjukdom.

På UKK-institutets hemsida hittar man "Liikuntapiirakka", en bild som beskriver motionsrekommendationer för friska i åldern 18-64. Varje vecka bör man enligt Liikuntapiirakka utöva minst 2,5h rask uthållighetsträning eller 1,25h ansträngande uthållighetsträning. Exempel på rask uthållighetsträning är promenader, stavgång och tunga hushållsarbeten. Exempel på ansträngande uthållighetsträning är löpning, bollsporter och skidning. Uthållighetsträningen kan fördelas till flera olika dagar i veckan men måste utövas minst tio minuter per gång. Uthållighetsträningens effekter är bland annat bättre kondition, bättre hjärt- och lungkapacitet samt viktkontroll. (UKK-instituutti 2014)

Enligt Liikuntapiirakka bör man också utöva muskelstärkande träning minst två gånger i veckan. Dessa övningar bör även förbättra kroppskontroll och balans. När man utövar muskelträning bör man göra omkring 8-10 olika övningar och 8-12 upprepningar per övning. Exempel på muskelstärkande träning är konditionssal och cirkelträning och exempel på träning som förbättrar kroppskontroll och balans är till exempel dans. (UKK-instituutti 2014)



Figur 2. Bild på Liikuntapiirakka. Källa UKK-instituutti 2014

Sammanfattningsvis bör friska utöva motion sammanlagt minst 2,5h rask uthållighets-träning eller 1,25h ansträngande uthållighetsträning per vecka, samt muskelstärkande träning minst två gånger i veckan. Passliga motionsformer är allt från trädgårdsarbete och stavgång till konditionssal och bollspel.

## **4 METOD OCH MATERIAL**

### **4.1 Materialinsamling till inledning och bakgrund**

Som metod för insamlingen av material till inledningen och bakgrunden användes främst elektronisk litteratursökning. Information om hjärt- och kärlsjukdom samt rehabilitering och sekundärprevention söktes från bland annat Duodecim, Terveyskirjasto, Hjärt- och Lungfonden, Hjärtförbundet, Statistikcentralen och Vårdguiden. Sökord jag använde mig av var Sepelvaltimotauti, Kuntoutus, Rehabilitering, Sekundärprevention, Hjärt- och kärlsjukdom och Kranskärlssjukdom. Boken "Rehabilitering vid hjärt- och kärlsjukdomar" gav mig även en helhetsbild av vad som är viktigt gällande rehabiliteringen, men användes inte desto mera i denna undersökning eftersom den var utgiven 1994 och jag inte ville fokusera på material som var mer än 15 år gammalt.

När jag hade skapat mig en tydlig bild av vad hjärt- och kärlsjukdom är, hur vanligt det är, vad det orsakas av och vad som ingår i rehabiliteringen började jag söka undersökningar som kunde ge mig mera information om vad som bör ingå i specifikt rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom.

Två vetenskapliga artiklar som undersökte hur stor roll träning har i rehabiliteringen av hjärt- och kärlsjukdom hittades från PubMed med sökorden Coronary artery disease, rehabilitation och exercise. Övriga undersökningar och rekommendationer jag hade stor nytta av var en undersökning gjord av Suomen Sydänlito som undersökte hur hjärt- och

kärlsjukdomar rehabiliteras i den offentliga sektorn i Finland, samt motionsrekommendationerna för patienter med hjärt- och kärlsjukdom som gjorts av Suomen Fysioterapeutit. De två sistnämnda var viktiga i min undersökning eftersom de ger en bild av hur man ser på rehabilitering av hjärt- och kärlsjukdom specifikt i Finland.

## **4.2 Materialet som används vid Mårtensdals hälsostation**

Hälsovårdarna vid Mårtensdals hälsostation har tillgång till en mångfald av olika material som står listade i Bilaga 1. En del av materialen riktar sig specifikt till patienter som lider av kranskärlssjukdom medan en del av materialen består av allmänna råd och annan information. Materialen består av bland annat Finlands Hjärtförbunds broschyrer, Duodecims motionsråd för patienter som lider av kranskärlssjukdom, kostråd från Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry och KKI's motionsguider.

En av hälsovårdarna som tar emot hjärtpatienter på Mårtensdals hälsostation berättar i ett e-postmeddelande att patienter som kommer till dem på kontroll ofta lider av flera sjukdomar (t.ex. kranskärlssjukdom + diabetes och blodtryckssjukdom). På grund av den orsaken har de så mycket material som även berör annat än kranskärlssjukdom. Allt material delas inte ut till alla patienter, utan materialen ges till patienterna enligt behov. Patienter som inte motionerar alls skickas till Liikunta-apteekki. (Hälsovårdare 2015)

## **4.3 Innehållsanalys som metod**

Eftersom jag fick materialet som skulle granskas från Mårtensdals hälsostation, behövde jag inte söka upp den informationen själv. Materialet jag fick var det material som på Mårtensdals hälsostation ges åt patienter som lider av kranskärlssjukdom, och min uppgift är att jämföra det materialet med annat material om kranskärlssjukdom jag själv sökt upp. Med andra ord skall jag jämföra materialet jag fick från Mårtensdal med finskt tillförlitligt material. Därför kommer jag i min undersökning att använda mig av metoden innehållsanalys.

Enligt Jacobsen är innehållsanalys en metod som bäst lämpar sig för kvalitativ data. Innehållsanalys går ut på att man delar in data i olika kategorier eller teman, och därefter försöker hitta skillnader eller likheter mellan kategorierna. (Jacobsen 2012 S 142)

När man gör en innehållsanalys går man igenom sex olika faser. Första fasen handlar om tematisering, det vill säga att man försöker hitta olika teman i sin text. Fas nummer två handlar om kategorisering, det vill säga att man skapar olika kategorier dit olika teman passar. I den tredje fasen fyller man kategorierna med innehåll och i den fjärde fasen räknar man hur många gånger teman tas upp i de olika kategorierna. De två sista faserna handlar om att hitta skillnaderna mellan de olika kategorierna och komma fram till varför de olika skillnaderna uppstått, det vill säga att tolka data. (Jacobsen 2012 S 146-151)

Enligt Isaksson var innehållsanalyser ursprungligen kvantitativa metoder, och då var syftet att skapa tabeller baserade på siffror för att kunna tolka resultatet. Isaksson tar också upp kvalitativ innehållsanalys som metod, och menar att den lämpar sig bäst för att tolka data som fåtts från intervjuer och observationer. En kvalitativ innehållsanalys kan dock vara både induktiv och deduktiv vilket innebär att det finns flera olika varianter av innehållsanalyser. (Isaksson, Umeå Universitet)

I min undersökning kommer jag att använda mig av metodtriangulering, det vill säga att jag kombinerar kvalitativa och kvantitativa metoder. Jag kommer delvis att följa faserna som Jacobsen tar upp, men blir tvungen att tillämpa tillvägagångssättet eftersom jag kombinerar kvalitativa och kvantitativa metoder. Mitt material består varken av data insamlat på basis av intervju eller observation, utan materialet har givits åt mig från Mårtendals hälsostation. Jag kommer inte att tolka vad som står i materialet, utan helt enkelt se texten som den står, vilket är ett kvantitativt förhållningssätt. Sedan kommer jag att skapa tabeller för att kunna analysera resultaten.

I min innehållsanalys kommer jag bland annat att använda det materialet som tas upp i bakgrunden under "Tidigare forskning", men endast det finska materialet för att avgränsa min undersökning och eftersom undersökningen riktar sig främst till den finska befolkningen. I innehållsanalysen kommer även materialet jag fått från Mårtendals häl-



sostation att ingå, och allt detta material kommer jag att skapa kategorier för, jämföra det finska materialet och materialet från Mårtensdal, och sedan söka likheter och skillnader bland dessa material. När jag konstaterat likheter och skillnader kommer jag att dra en slutsats, som kommer att presenteras i “Resultat” kapitlet.

## **4.4 Kategorisering av data**

Jag kommer att börja med att dela in mitt material i två olika kategorier: Kategori 1 och Kategori 2. Kategori 1 kommer att bestå av finskt material gällande riktlinjer för rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom och Kategori 2 kommer att bestå av materialet jag fått från Mårtensdals hälsostation.

### **4.4.1 Kategori 1**

Denna kategori består av finskt material gällande riktlinjer för rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom. Materialet i denna kategori består därmed av “Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus” (Suomen Fysioterapeutit 2011), “Sepelvaltimotauti” (Kesäniemi & Salomaa 2009), “Valtimotauti (ateroskleroosi)” (Mustajoki 2015), “Sepelvaltimotauti ja liikunta” (Suomen Sydänliitto) och “Liikunta sepelvaltimotaudin hoidossa” (Lakka 2010).

### **4.4.2 Kategori 2**

Denna kategori består av materialet jag fått från Mårtensdals hälsostation. Kategori 2 är indelad i ytterligare två kategorier, som jag kallar Kategori 2a och Kategori 2b. Kategori 2a består av det material som endast innehåller allmänna råd och Kategori 2b är det material som specifikt riktar sig till hjärtpatienter, och därmed kommer jag främst att analysera materialet i Kategori 2b.

Till Kategori 2a hör följande material: “TARTU TILAISUUTEEN, ota tavaksi!”, “KKI-kunto-opas”, “KKI-kunto-opas 60+”, “Suomimiehen kunto-opas”, “KUNNOSSA KAIKEN IKÄÄ Aktiivisena arjessa”, “Testaa liikuntatottumuksesi”, “Tyypin 2 diabetes ja ruoka”, “Kohonneen verenpaineen ruokavaliohoito” och “KKI-KUNTOKORTTI”.

Kriterier för att materialet skall höra till Kategori 2b är att materialet antingen skall vara Finlands Hjärtförbunds material, eller att det annars tydligt skall framgå att materialet riktar sig specifikt till hjärtpatienter. Kategori 2b består därmed av följande material:

1.“Sepelvaltimotauti”, 2.“Kolesteroli kohdalleen”, 3.“Verenpaine kohdalleen”, 4. “Nitro potilasopas”, 5.“Sydämesi hyvinvointi Tee siitä numero”, 6.“Sydämesi hyvinvointi Tee siitä numero kolesteroli”, 7.“Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti” och 8.“Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti – liikuntaohje”. Dessa alla material finns även listade i Bilaga 1. Analysen av materialens innehåll presenteras i följande kapitel, “Resultat”.

## **5 RESULTAT**

I detta kapitel kommer jag att gå igenom mina två frågeställningar och presentera resultaten av innehållsanalysen.

### **5.1 Hurudana är de nationella motionsrekommendationerna för patienter som lider av kranskärlssjukdom?**

Min första frågeställning handlar om motionsråd för patienter som lider av kranskärlssjukdom. Information om detta hittas bland annat under rubriken “3.2 Rehabilitering av kranskärlssjukdom”, där jag lyfter fram resultat av tidigare forskning gällande rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom. I det kapitlet lyfts dock andra viktiga faktorer än motion också upp.

### **5.2 Analys av innehållet i Kategori 1**

Det som framgår gällande sekundärprevention och rehabilitering av kranskärlssjukdom av materialet i Kategori 1, det vill säga det finska materialet, är följande:

1. Läkemedel är en del av rehabilitering och sekundärprevention, men det är även att sluta röka, ändra på kosten och motionera regelbundet. Undersökningar har påvisat att dessa faktorer tillsammans är väldigt effektiva när det gäller sekundärprevention av kranskärlssjukdom. Gällande motionen bör man motionera sex gånger i veckan, omkring 45 minuter per dag (kan delas in i flera delar under dagens lopp). Medan man motionerar får man bli lätt andfådd och svettig. Rask gång är ett bra motionsalternativ. (Kesäniemi & Salomaa 2009)
2. Följande är riskfaktorer för att insjukna i kranskärlssjukdom, men även viktiga rehabiliteringsformer i syfte av sekundärprevention: Sluta röka, ändra på kostvanor, motionera och viktkontroll. I kosten bör hårt fett undvikas (max 10% av den dagliga energin), mera fibrer (25-35g/dag), mera fisk (två gånger/vecka), mera frukter och grönsaker (400g/dag) och mindre salt. Motionera bör man göra de flesta dagar i veckan och minst 30 minuter per gång, så att man blir lätt andfådd. Männens midjemått bör hållas under 100cm och kvinnors under 90cm. (Mustajoki 2015)
3. I undersökningar gjorda i Finland har det framgått att motion är den bästa rehabiliteringsformen och effektivaste sekundärpreventionen av kranskärlssjukdom, men att genom att även ändra på övriga levnadsvanor blir effekten ännu bättre. (Lakka 2010)
4. Regelbunden motion är en viktig del av rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom, eftersom motion motverkar många av riskerna för kranskärlssjukdom. Regelbunden motion ökar det goda HDL-kolesterolet och minskar det dåliga LDL-kolesterolet, sänker blodtrycket, förbättrar blod-sockernivån, kontrollerar inflammation i kranskärlsväggarna samt förbättrar hjärtmuskeln funktion. Motionen bör utövas helst dagligen 30-60min (kan delas in i flera delar under dagens lopp) och man ska bli lite andfådd. Motionen bör börjas i lugn takt (uppvärmning!), man bör kontrollera hur motionen bör kombineras med eventuell mediciner, man bör må bra både under och efter motionen och motion bör undvikas genast efter måltid, om man är trött eller sjuk. (Suomen Sydänliitto)

5. Det väsentligaste inom rehabilitering av kranskärslsjukdom är motion, kostråd-givning, viktkontroll, skötsel av blodfetter, skötsel av högt blodtryck, att sluta röka och att ta hand om psykisk och social hälsa. Man bör hitta en motionsnivå som är både säker och effektiv, och motionen bör delas in i nytto/vardagsmotion, uthållighetsträning och muskelträning. Nyttomotionen (t.ex. trädgårdsarbete, promenader) bör utövas minst 3-4 gånger i veckan 30-60min per gång, uthållighetsträningen bör utövas minst 3-5 gånger i veckan sammanlagt 2,5-4 timmar och muskelträningen bör utövas 2-3 dagar i veckan 10-15 upprepningar per övning i 1-3 serier.

Uthållighetsträningens intensitet skall vara omkring 50% av maximalpuls i början, och kan vart efter effektiveras upp till 70-85% av maxpuls. På Borgs Skala 10-14, det vill säga får motionen kännas måttligt ansträngande. Muskelträningen skall belasta kroppens största muskler och ansträngningen får kännas måttligt ansträngande, det vill säga 10-14 på Borgs Skala (se Figur 4). Andra riktlinjer för motionen är att alltid värma upp och varva ner (5-15 min), komma ihåg att stretcha och att ta medicinering och symptom i beaktande. (Suomen Fysioterapeutit 2011)

Som man ser är gemensamma och vanligt förekommande teman i Kategori 1 följande: Sluta röka, kostvanor, viktkontroll, kontroll av högt blodtryck, regelbunden motion, måttligt ansträngande motion, att bli lätt andfådd under motion, motion och medicinering, kolesterol, att motionen bör utövas helst dagligen, att motionen kan delas in i flera delar under dagens lopp, att motionen bör kännas bra samt att uppvärmning och nedvarvning är viktigt. Ovanstående information är hittad från de finska källorna Duodecim, Suomen Fysioterapeutit, Suomen Sydänliitto och Terveyskirjasto.

|   |
|---|
| <p><b><u>Fyysinen aktiivisuus</u></b></p> <p>Hyötyliikuntaa<br/>Arkiliikuntaa<br/>30 – 60 min kerrallaan<br/>Mielellään päivittäin, vähintään 3 – 4 kertaa viikossa</p>       |
| <p><b><u>Kestävyyssiikunta</u></b></p> <p>Kohtuukuormitteista (RPE 10/20 – 14/20)<br/>20 – 60 min kerrallaan<br/>Mielellään päivittäin, vähintään 3 – 5 kertaa viikossa</p>   |
| <p><b><u>Lihastroimaharjoittelu</u></b></p> <p>Kohtuukuormitteista (RPE 10/20 – 14/20)<br/>8 – 10 suurimpia lihastroyhmää kuormittavaa liikettä<br/>2 – 3 kertaa viikossa</p> |

Figur 3. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus. Källa: Suomen Fysioterapeutit

### Miltä rasitus tuntuu nyt?\*

|    | Miltä rasitus tuntuu? | Sopivuus  | Havainnoi hengitystä               |
|----|-----------------------|---|------------------------------------|
| 6  |                       |   |                                    |
| 7  | erittäin kevyt        |   | normaali hengitysrytmi             |
| 8  |                       |   |                                    |
| 9  | hyvin kevyt           |   |                                    |
| 10 |                       |   | hengitys kiihtyy (puhuminen sujuu) |
| 11 | kevyt                 | sopii kaikille  |                                    |
| 12 |                       |   |                                    |
| 13 | hieman rasittava      | sopii terveys- ja kuntoliikkuville                            | hengästyttää (puhuminen vaikeutuu) |
| 14 |                       |   |                                    |
| 15 | rasittava             |   |                                    |
| 16 |                       |   | puuskuttaa (puhuminen mahdotonta)  |
| 17 | hyvin rasittava       | sopii kovalle kuntoilijoille ja urheilijoille silloin tällöin |                                    |
| 18 |                       |   |                                    |
| 19 | erittäin rasittava    |   |                                    |
| 20 |                       |   |                                    |

\*ns. Borgin asteikko

UKK-instituutti

Figur 4. Bild på Borgs Skala.

Källa UKK-institutet

### 5.3 Sammanfattning av motionsråd i samband med krans-kärlssjukdom

Utgående ifrån analysen av materialen i Kategori 1 kunde jag dra följande slutsatser och svara på min frågeställning: Hurudana är de nationella motionsråden för patienter som lider av kranskärlssjukdom?

- Motionera inte om du känner dig sjuk eller trött.
- När du motionerar skall du bli lätt/måttligt andfådd och svettig (Borgs Skala 10-14, se Figur 4).
- Kontrollera ifall din medicinering påverkar motionen och anpassa motionen efter medicinering.
- Motionen skall utövas helst dagligen.
- Motionen skall utövas 30-60 minuter per dag, men kan delas in i flera delar under dagens lopp.
- Under motionen skall du inte känna av symptom, utan motionen skall kännas bra.
- Uppvärmning och nedvarvning är viktigt (ca 5-15 minuter)
- Exempel på passande motionsformer är till exempel promenader, cykling och trädgårdsarbete.
- Motionen bör delas in i nyttomotion (minst 3-4 gånger i veckan och 30-60 minuter per gång), uthållighetsträning (minst 3-5 gånger i veckan och sammanlagt 2,5-4 timmar) och muskelträning (2-3 dagar i veckan och 10-15 upprepningar per övning i 1-3 serier).

Några faktorer som tas upp i bakgrunden och också bör nämnas är följande:

- När man motionerar skall man använda sig av motionsformer där kroppens stora muskler får arbeta, såsom raska promenader, simning eller cykling (Buchner m.fl. 2015). Freeman rekommenderar också att hoppa hopprep, vattengymnasik och rullskridskor (Freeman 2011).

- Man skall vara försiktig med att utöva isometriska övningar eftersom de kan orsaka blodtrycksförhöjning. Man bör också undvika för snabba temperaturväxlingar och till exempel inte motionera utomhus om det är kallt eftersom det kan påverka blodcirkulationen negativt. (Freeman 2011)

Sammanfattningsvis handlar motionen för patienter som lider av kranskärlssjukdom långt om regelbundenhet, anpassning, att känna efter och att göra det till en livsstil.

#### **5.4 Hur väl överens stämmer Mårtensdals material med de nationella motionsrekommendationerna?**

Den andra frågeställningen i min undersökning lyder: Hur väl överens stämmer Mårtensdals material med de nationella motionsrekommendationerna, och det kommer jag att ta reda på genom att göra en analys av innehållet i Kategori 2b:

1. "Sepelvaltimotauti". Ett 30 sidors häfte gjort av Finlands Hjärtförbund. Innehållet består av åtta rubriker som handlar om hur kranskärlssjukdom uppstår, symptom, undersökningar, behandlingsformer, riskfaktorer, praktiska råd, om att återvända till jobbet och rehabilitering. Under rubriken "Riskintekijät ja niiden hallinta" på s. 17-21 tas följande upp: hur man bör kontrollera sina kolesterolvärden, hur man bör kontrollera blodtrycket, att man bör sluta röka, att man bör undvika stress, viktkontroll, hur diabetes påverkar kranskärlssjukdom, att man bör undvika alkohol samt motionera regelbundet. Under rubriken motion står det även att man borde motionera dagligen 30-60min, att man får bli lätt andfådd, att man kan dela in motionen i flera gånger under dagens lopp, att man bör börja och sluta lugnt, att motionen skall kännas bra, att man ej skall motionera om man är trött/sjuk och att man skall motionera efter att man tagit sina mediciner. (Suomen Sydänliitto 2006)

2. "Kolesteroli kohdalleen". En broschyr gjord av Finlands Hjärtförbund. Broschyren innehåller bland annat information om hur kolesterol påverkar kroppen och kostråd. Motion tas även kort upp och det rekommenderas att man bör motionera raskt åtminstone tre gånger i veckan (2h 30min) eller ansträngande 1h 15min. Motionen bör räcka minst 10 minuter per gång. (Suomen Sydänliitto 2012)
3. "Verenpaine kohdalleen". En broschyr gjord av Finlands Hjärtförbund. Broschyren innehåller bland annat information om hur man kan påverka blodtrycket och referensvärden för blodtrycksnivå. Motion tas även kort upp och det rekommenderas att man skall motionera minst 30 minuter dagligen. Passliga motionsformer är till exempel promenader och cykling. (Suomen Sydänliitto 2008)
4. "Nitro potilasopas". En sida med information om hur Nitro fungerar, eventuella biverkningar, med mera.
5. "Sydämesi hyvinvointi Tee siitä numero". Ett 15-sidors häfte som innehåller information om kolesterol, blodtryck, diabetes, kostrådgivning, viktkontroll, motion, rökning och stress i samband med hjärt- och kärlsjukdomar. På sidan 12 berättas det att man bör motionera minst 30 minuter dagligen, att man inte skall avsluta motionen plötsligt utan komma ihåg att varva ned och att man bör variera motionen. (Tee siitä numero 02/2007)
6. "Sydämesi hyvinvointi Tee siitä numero Kolesteroli". En broschyr som handlar om hur man påverkar sina kolesterolvärden genom kost, att minska på alkoholkonsumtion, att sluta röka, viktkontroll, att kontrollera stress och motionera mer. Under rubriken "Lisää liikuntaa" uppmanas man till att motionera raskt minst 30 minuter dagligen, och att motionen kan delas in i t.ex. 3x10 minuter. (Tee siitä numero 02/2007)
7. "Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti". Fyra sidor utprintad information om kranskärlssjukdom från Duodecim. Orsaker, symptom, prevention, användning av nitro, undersökningar och vård tas upp. (Kettunen 2014).



8. "Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti - liikuntaohje". Fyra sidor utprintad information om kranskärslssjukdom och motion från Duodecim. Följande tas upp: Hur regelbunden motion påverkar kranskärslssjukdom, symptom för kranskärslssjukdom under ansträngning, hurudan motion som bör utövas, motion under och efter konvalescensskedet, muskelträning och vad som bör tas i beaktande. Det nämns att motionen efter konvalescensskedet är passligt ansträngande på nivå 11-14 på Borgs Skala, att man bör motionera minst 3-5 gånger per vecka minst 30 minuter per gång och att motionen kan delas in i t.ex. 3x10 minuter ifall konditionen är dålig. Under motionen bör man bli lite andfådd och svettig och 60-80% av maximalpulsens är en passlig nivå ifall bröstsmärta ej upplevs. Medicinering bör tas i beaktande och statiskt (isometriskt) muskelarbete, såsom tyngdlyftning och att sätta upp gardiner, bör undvikas. Dynamisk muskelträning rekommenderas, och muskelträning bör utövas 2-3 gånger i veckan, 8-10 rörelser till de stora muskelgrupperna och 10-15 upprepningar. Annat som bör tas i beaktande är att man bör värma upp och varva ned ca fem minuter före och efter motion och att andnöd ej får upplevas under motionen. (Kutinlahti & Pellikka 2014)

Vanligt förekommande teman i Kategori 2b är därmed kolesterol, kost, blodtryck och motion. Eftersom min undersökning handlar om motionen för patienter med kranskärslssjukdom gallras punkt fyra bort från kategorin, eftersom den ej innehåller motionsråd.

## 5.5 Resultatredovisning i tabellform

På basis av innehållsanalysen gjord i Kategori 1 konstaterar jag att de viktigaste faktorerna som bör komma fram i materialet som delas ut åt patienter med kranskärslssjukdom är följande: Sluta röka, kostråd, viktkontroll, kontroll blodtryck, kontroll av kolesterolvärden samt motionsråd. Det som bör komma fram gällande motionsråd är att motionen skall vara måttligt ansträngande, att man inte skall motionera om man är trött eller sjuk, att man får bli lätt andfådd och svettig under motionen, att man bör kontrollera hur/om eventuell medicinering påverkar motionen, att motionen bör utövas helst dagligen, att man skall motionera 30-60 minuter per dag, att motionen kan delas in i flera delar under dagens lopp, att motionen bör kännas bra, att uppvärmning och nedvarvning är

viktigt samt exempel på motionsformer. Hur bra dessa faktorer kommer fram i Mår-  
tensdals hälsostations material kommer jag att analysera i nedanstående tabeller.

Tabellerna tolkas på följande sätt: I spalten längst till vänster presenteras checklistan  
med faktorer som borde finnas med i materialet. Siffrorna står för materialen som pre-  
senterats under rubrikerna “4.3.2. Kategori 2” och “5.2.1 Analys av innehållet i Kate-  
gori 2b”, t.ex. står nummer 1 för “Sepelvaltimotauti” och nummer 2 för “Kolesteroli  
kohdalleen”. Ett + innebär att faktorn presenteras i materialet och ett – innebär att fak-  
torn fattas i materialet.

*Tabell 1. Materialens (Kategori 2b) innehåll gällande viktiga faktorer i samband med  
rehabilitering och sekundärprevention av kranskärlssjukdom*

| <b>Checklista</b> | <b>1.</b> | <b>2.</b> | <b>3.</b> | <b>5.</b> | <b>6.</b> | <b>7.</b> | <b>8.</b> |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Rökning           | +         | +         | +         | +         | +         | +         | +         |
| Kostråd           | -         | +         | +         | +         | +         | -         | -         |
| Viktkontroll      | +         | +         | +         | +         | +         | -         | +         |
| Blodtryck         | +         | -         | +         | +         | -         | +         | +         |
| Kolesterol        | +         | +         | -         | +         | +         | +         | +         |
| Motion            | +         | +         | +         | +         | +         | +         | +         |

Som man ser i tabellen, är det enda materialet där alla faktorer nämns “5. Sydämesi hy-  
vinvointo Tee siitä numero”. Dock nämns de flesta av faktorerna i alla material.

Eftersom min undersökning främst handlar om kranskärlssjukdom och motion, kommer  
följande tabell att vara av större vikt i min undersökning. Tabellen tolkas på samma sätt  
som Tabell 1, men i denna tabell kontrollerar jag specifikt ifall det viktiga gällande mot-  
ion i samband med kranskärlssjukdom nämns i materialet. I checklistan för Tabell 2 in-  
går därför: att man ej skall motionera när man är sjuk eller trött, att man skall bli lätt  
andfådd och svettig under motionen, att man bör kontrollera hur/om eventuell medicine-  
ring påverkar motionen, att motionen bör utövas helst dagligen, att man skall motionera  
30-60 minuter per dag, att motionen kan delas in i flera delar under dagens lopp, att  
motionen bör kännas bra och inte framkalla symptom, att uppvärmning och nedvarvning  
är viktigt samt exempel på passande motionsformer.

Tabell 2. Materialens (Kategori 2b) innehåll gällande viktiga faktorer i samband med kranskärlssjukdom och motion.

| Checklista                  | 1. | 2. | 3. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|-----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Ej när man är sjuk/trött    | +  | -  | -  | -  | -  | -  | -  |
| Lätt andfådd & svettig      | +  | -  | -  | -  | -  | -  | +  |
| Påverkan av medicinering    | +  | -  | -  | -  | -  | -  | +  |
| Utövas helst dagligen       | +  | -  | +  | +  | +  | -  | +  |
| Utövas 30-60min/dag         | +  | +  | +  | +  | +  | -  | +  |
| Kan fördelas under dagen    | +  | +  | +  | -  | +  | -  | +  |
| Bör kännas bra (ej symptom) | +  | -  | -  | -  | -  | -  | +  |
| Uppvärmning<br>Nedvarvning  | +  | -  | -  | +  | -  | -  | +  |
| Exempel på motionsformer    | -  | -  | +  | +  | -  | -  | +  |

## 5.6 Analys av Tabell 2

Tabell 2 innehåller en checklista bestående av nio punkter som är viktiga i samband med motionsrådgivning och kranskärslsjukdom. Sammanlagt analyserades sju material i denna tabell, och för att få fulla poäng innebär det att materialet borde ha fått 9/9 poäng. Checklistan består av punkterna “Ej när man är sjuk/trött”, “Lätt andfådd & svettig”, “Påverkan av medicinering”, “Utövas helst dagligen”, “Utövas 30-60min/dag”, “Kan fördelas under dagen”, “Bör kännas bra (ej symptom)”, “Uppvärmning Nedvarvning” och “Exempel på motionsformer”.

Materialen som analyserades var 1. Sepelvaltimotauti, 2. Kolesteroli kohdalleen, 3. Verenpaine kohdalleen, 5. Sydämesi hyvinvointi Tee siitä numero, 6. Sydämesi hyvinvointi Tee siitä numero Kolesteroli, 7. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti, och 8. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti - liikuntaohje”. Mera information om dessa material hittas under rubriken “5.2.1 Analys av innehållet i Kategori 2b” och i Bilaga 1. Material 4 gallrades bort från innehållsanalysen, eftersom det endast innehåller information om medicinering.

Antalet poäng materialen fick i tabellen var följande:

1. Sepelvaltimotauti: 8/9
2. Kolesteroli kohdalleen: 2/9
3. Verenpaine kohdalleen: 4/9
5. Sydämesi hyvinvointi: 4/9
6. Sydämesi hyvinvointi Kolesteroli: 3/9
7. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti: 0/9
8. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti – liikuntaohje: 8/9

Som man ser innehåller flera av materialen bristfällig information om motionsråd i samband med kranskärslsjukdom. Av materialen innehåller häftet “Sepelvaltimotauti” gjort av Suomen Sydänliitto och Duodecims kompendium “Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti – liikuntaohje” flest av checklistans punkter. Från material 1 fattas “Exempel på motionsformer” och från material 8 fattas “Ej när man är sjuk/trött”, men annars in-

nehåller de materialen alla av checklistans punkter. Resten av materialen innehåller mindre än hälften av checklistans punkter.

För att ge en tydligare bild av i hur stor grad punkterna från checklisten nämns i materialen kommer jag även att räkna upp i hur många av materialen alla punkter från checklisten nämndes:

1. Ej när man är sjuk/trött: 1/8
2. Lätt andfådd & svettig: 2/8
3. Påverkan av medicinering: 2/8
4. Utövas helst dagligen: 5/8
5. Utövas 30-60 min/dag: 6/8
6. Kan fördelas under dagen: 5/8
7. Bör kännas bra (ej symptom): 2/8
8. Uppvärmning Nedvarvning: 2/8
9. Exempel på motionsformer: 3/8

Att man ej bör motionera när man är sjuk eller trött nämns endast i ett av materialen. Flera av checklistans punkter (att man under motionen skall bli lätt svettig och andfådd, att man bör ta påverkan av medicinering i beaktande när man motionerar, att motionen bör kännas bra och inte skall framkalla symptom och att man skall komma ihåg uppvärmning och nedvarvning) nämns endast i två av materialen. Exempel på motionsformer nämns i tre av materialen, att motionen bör utövas helst dagligen och kan fördelas i flera delar under dagens lopp nämns i fem av materialen och att motionen bör utövas 30-60 minuter per dag nämns i sex av materialen.

Som det nämns under rubriken "4.2 Materialet som används vid Mårtensdals hälsostation", så berättade en av hälsovårdarna som tar emot hjärtpatienter på Mårtensdals hälsostation, att allt material inte ges åt alla patienter, utan patienterna får materialen enligt behov (Hälsovårdare 2015). Dock tas det flera gånger upp i detta examensarbete hur stor betydelse motionen har för rehabiliteringen och sekundärpreventionen av krans-kärlssjukdom, och att det är något som patienterna borde utöva helst dagligen. Därför skulle det vara viktigt att alla patienter som lider av krans-kärlssjukdom skulle få till-

räcklig information om motion, och således vara medvetna om alla faktorer som räknas upp i checklistan.

I tabellen kommer det ju fram att alla punkter nämns i något av materialen åtminstone en gång, och för att patienterna skulle få tillräcklig skriftlig information om motion i samband med kranskärlssjukdom kunde man ju kombinera materialen utgående ifrån tabellen och patientens behov, så att patienten skulle vara medveten om alla punkter. Exempelvis kunde man kombinera material 1 och 5 eller 1 och 8 för att patienten skulle få information om alla checklistans punkter skriftligt.

För att svara på frågeställningen om Mårtensdals material stämmer överens med de nationella motionsrekommendationerna för kranskärlspatienter, så beror det på vilka av materialen patienten får och hur mycket hälsovårdaren eller läkaren som tar emot patienten berättar. Dock innehåller inget av materialen de har tillgång till all den information om motion i samband med kranskärlssjukdom som enligt min undersökning är viktig. Till exempel innehåller endast ett av materialen information om att man inte bör motionera om man känner sig sjuk eller trött, vilket nödvändigtvis inte är något alla patienter är medvetna om, och således skulle det vara viktigt att de skulle få den informationen.

## **6 DISKUSSION**

I detta kapitel reflekterar jag kring mitt examensarbete, samt berättar om tankar som dykt upp under processen.

Överlag har skrivandet gått bra och löpt på i en passlig takt. Det svåraste med processen var att komma igång och utarbeta metoden, men jag har lyckats hålla mitt tidsschema och är nöjd med min prestation.

## 6.1 Etik

Etiskt sett anser jag att mitt examensarbete har hållit god vetenskaplig praxis. I och med att inga respondenter inblandats i samband med intervju, enkäter eller dylikt, har jag inte behövt oroa mig över saker som självbestämmanderätt, skaderisk, integritet och så vidare.

Både materialet jag använt mig av i bakgrunden och innehållsanalysen, samt materialet jag fick från Mårtensdals hälsostation, har jag analyserat objektivt. Likaså har jag genom hela mitt arbete beskrivit vad jag kommer att göra, hur jag kommer att göra det och varför jag kommer att göra det.

## 6.2 Innehållsanalys som metod

Som jag redan nämnde var utarbetning av metoden en av de svåraste sakerna med processen. I och med att jag fick materialet som min undersökning skulle basera sig på från Mårtensdals hälsostation, blev innehållsanalys det mest naturliga metodvalet.

Eftersom innehållsanalys bäst lämpar sig för kvalitativ data (Jacobsen 2012), blev jag tvungen att använda mig av metodtrianglering, det vill säga kombinerad av kvalitativ och kvantitativ metod. Orsaken till detta är att jag utgick ifrån de sex faser som enligt Jacobsen lämpar sig för analys av kvalitativ data, men ändå tolkade resultaten med hjälp av tabeller vilket är typiskt för kvantitativ data. (Jacobsen 2012)

De två första faserna man går igenom när man gör en innehållsanalys är tematisering och kategorisering (Jacobsen 2012), och dessa faser följde jag. Jag gick igenom mitt material, skapade mig en bild av vanligt förekommande teman och delade utgående ifrån det in materialet i tre kategorier. I den tredje fasen är det meningen att man skall fylla kategorierna med innehåll (Jacobsen 2012), och i den fasen presenterade jag vilket material alla kategorier innehåller. I den fjärde fasen skall man enligt Jacobsen räkna man hur många gånger teman tas upp i de olika kategorierna, vilket jag gjorde för att kunna konstatera vilka faktorer som skulle väljas till checklistorna i tabellerna. De två

sista faserna handlar enligt Jacobsen om att hitta skillnaderna mellan de olika kategorierna och komma fram till varför de olika skillnaderna uppstått, vilket jag gjorde genom att jämföra det finska materialet och materialet från Mårtensdal. Varför de olika skillnaderna uppstått har jag inte spekulerat kring, eftersom det är irrelevant med tanke på mina frågeställningar.

Med andra ord blev jag tvungen att tillämpa mitt tillvägagångssätt utgående ifrån syftet med min undersökning, men enligt mitt tycke fungerade metodtriangulering bra och ändamålsenligt i detta fall. Jag har inte behövt tolka materialet i min undersökning, eftersom jag helt enkelt utgått ifrån det som antingen nämnts eller inte nämnts i materialen. Efter att jag skapat kategorierna kändes det som rätt val att analysera materialet i tabeller, dels för att konkretisera min analys, dels för att hållas objektiv och dels för att undvika syftningsfel.

### **6.3 Reliabilitet och validitet**

På grund av att jag blivit tvungen att tillämpa min metod och har använt mig av metodtriangulering, har jag funderat mycket kring reliabiliteten, det vill säga tillförlitligheten i min undersökning.

Ifall en annan person hade fått i uppgift att undersöka om patienter med kranskärslsjukdom får tillräcklig skriftlig motionsrådgivning vid Mårtensdals hälsostation och personen hade blivit tilldelad samma material som jag, så tror jag att personen hade kommit fram till samma resultat som jag, åtminstone huvudsakligen. Det är möjligt att personen utarbetat en checklista som inte är helt identisk med den checklistan jag skapat, men om personen också hade utgått ifrån tillförlitligt finskt material, såsom jag också gjort, så tror jag att personen hade kommit fram till att faktorerna som jag lyfter fram i mina checklistor är de väsentligaste.

Gällande validiteten, det vill säga om jag mätt det som jag avsett att mäta, så anser jag att min undersökning har god validitet, i och med att jag fått svar på mina frågeställningar.



## 6.4 Skillnaden mellan motionsråd för friska och patienter som lider av kranskärlssjukdom

I detta arbete har jag även tagit upp motionsrekommendationer för friska (tas upp under rubriken "3.6 Motionsrekommendationer för friska"), för att kunna diskutera kring skillnaderna mellan motionsrekommendationer för friska och motionsrekommendationer för patienter som lider av kranskärlssjukdom. Finns det en betydlig skillnad, eller kan en person med kranskärlssjukdom följa friskas motionsrekommendationer?

För friska delas motionen in i uthållighetsträning, muskelstärkande träning och kroppskontroll. Om uthållighetsträningen är rask skall den utövas 2,5 timmar i veckan och om den är ansträngande räcker det med 1,25 timmar i veckan. Muskelstärkande träning och kroppskontroll bör utövas minst två gånger i veckan, omkring 8-10 olika övningar per gång.

Exempel på rask uthållighetsträning för friska är fiske, trädgårdsarbete, cykling och stavgång, medan exempel på ansträngande uthållighetsträning är att gå i uppförsbacke, vattenlöpning, aerobic, löpning, skidning och bollspel. Exempel på muskelstärkande träning och kroppskontroll är konditionssal och dans. (UKK-instituutti 2014)

Skillnader mellan motionsråd för friska och patienter som lider av kranskärlssjukdom är därmed följande:

- För friska får motionen kännas ansträngande, medan den får kännas lätt/måttligt ansträngande för patienter som lider av kranskärlssjukdom.
- Mängden och uppdelning av motionen skiljer sig från varandra i och med att personer med kranskärlssjukdom bör dela in motionen i nyttomotion (minst 3-4 gånger i veckan och 30-60 minuter per gång), uthållighetsträning (minst 3-5 gånger i veckan och sammanlagt 2,5-4 timmar) och muskelträning (2-3 dagar i veckan och 10-15 upprepningar per övning i 1-3 serier), medan friska bör utöva uthållighetsträning 1,25-2,5 timmar i veckan och muskelstärkande träning och kroppskontroll minst två dagar i veckan.

- Friska behöver inte anpassa motionen efter medicinering och behöver inte undvika temperaturväxlingar.
- I Liikuntapiirakka nämns bland annat fiske som en passlig träningsform, som på grund av isometriskt muskelarbete är en motionsform som patienter med krans-kärlssjukdom bör vara försiktiga med.

Med andra ord har patienter som lider av krans-kärlssjukdom vissa begränsningar som friska inte har, främst i frågan om motionsform och intensitet. Därför är det enligt mitt tycke viktigt att patienter som lider av krans-kärlssjukdom inte endast får allmänna motionsrekommendationer, utan motionsrekommendationer som specifikt riktar sig till krans-kärlspatienter.

## 6.5 Övriga tankar kring examensarbetet

Något som flera gånger förvånat mig under processens lopp, är hur dålig koll man tycks ha på hjärtrehabilitering i Finland, trots att hjärt- och kärlsjukdomar är en av våra absolut vanligaste folksjukdomar. Under rubriken “3.3 Hjärtrehabilitering i den offentliga sektorn i Finland”, kom det bland annat fram att man i den offentliga sektorn i Finland har en vag uppfattning om hur många gånger rådgivning i syfte av rehabilitering av krans-kärlssjukdom ges, när rådgivningen ges och av vem. Det kom också fram att bedömning av en passlig mängd och nivå av motion åt hjärtpatienter görs endast i 14% av sjukhusen och 7% av hälsocentralerna i Finland. Det som dock enligt mig var mest oro-väckande var, att det i undersökningen framgick att det ofta är på patientens eget ansvar att söka sig till uppföljning (Mäkinen & Penttilä 2007). Detta innebär, att det är fullt möjligt att en del av hjärtpatienterna aldrig söker sig till uppföljning efter sjukhusskedet, trots att de antagligen skulle behöva bedömning och råd.

I detta examensarbete har det lyfts fram hur stor och viktig del motion är för patienter som lider av krans-kärlssjukdom, och med hjälp av en remiss ersätter FPA upp till 15 gånger ledd motion för hjärtpatienter (Suomen Sydänliitto). Om patienterna inte söker

sig till uppföljning för att de antingen inte vet vart de skall söka sig, glömmar bort det eller anser att de inte behöver uppföljning trots att det vore viktigt, så går många patienter miste om denna fina möjlighet som FPA erbjuder. Med hjälp av 15 gånger ledd motion kunde patienter lära sig hur de skall motionera, hurudan nivå som är passlig, exempel på övningar och så vidare, och således skulle det säkert vara lättare för patienterna att fortsätta motionera på egen hand.

Toni Vuori, en läkare som jobbar på Mårtensdals hälsostation, berättade att de inte heller har något system de följer gällande hjärtpatienter, men att oftast bokar en patient tid till hälsostationen på egen hand efter sjukhuskedet och får sedan träffa en läkare eller hälsovårdare (Vuori 2015). Eftersom det är många patienter som borde komma på kontroll efter sjukhuskedet men inte gör det, betyder det i sin tur att patienterna går miste om en kontroll där de har god möjlighet att få råd av en läkare eller hälsovårdare.

I mina öron låter det väldigt konstigt, att vi i Finland inte har något system eller några riktlinjer för hur rehabiliteringen och sekundärpreventionen av en sjukdom som är så pass allvarlig och vanligt förekommande borde gå till. Jag har även i detta examensarbete lyft fram hur viktig del av rehabiliteringen livsstilsförändringar är, och med hjälp av att patienterna skulle få mer rådgivning om dessa livsstilsförändringar skulle sekundärpreventionen antagligen bli mycket effektivare. Mäkinen och Penttilä, som gjorde undersökningen om hjärtrehabilitering i den offentliga sektorn i Finland, kritiserar hur lite resurser man använder till hjärtrehabilitering i Finland, trots att de märkbara positiva resultaten av hjärtrehabilitering lyfts fram i flera undersökningar.

I inledningen till detta examensarbete tar jag upp några siffror gällande hjärt- och kärlsjukdomar i Finland. År 2013 var sjukdomar i cirkulationsorganen den överlägset vanligaste dödsorsaken i Finland, då 19 548 personer avled på grund av sjukdom i cirkulationsorganen (Statistikcentralen 2014). Jag tycker vi som kommer att börja jobba/jobbar inom vården borde ställa oss frågan varför det är så. Visst handlar det kanske delvis om lathet och obryddhet bland patienterna, men hur mycket handlar egentligen om bristfällig information? Hur mycket kunde man få ner den dödssiffran, om man inledde ett system för hur hjärtrehabiliteringen i Finland borde gå till?

I detta examensarbete har jag analyserat materialet som i Mårtensdals hälsostation ges åt patienter som lider av kranskärslsjukdom, för att se om det är väsentligt och tillräckligt. Men oavsett hur bra materialet man har tillgång till i sjukhus och hälsocentraler, så är det inte till någon nytta ifall det inte når fram till patienterna som behöver det.

## **7 AVSLUTNING**

Avslutningsvis vill jag tacka Joachim Ring som varit min handledare för det här arbetet, samt Mårtensdals hälsostation som gett mig uppdraget att gå igenom materialet de har tillgång till.

Jag hoppas att personalen vid Mårtensdals hälsostation är nöjda med vad jag åstadkommit och att mitt examensarbete kommer att vara till nytta för rehabilitering och sekundärprevention för kranskärslsjukdomspatienter. Jag hoppas även att jag lyckats upplysa om vikten av motion och att patienter som lider av kranskärslsjukdom härnäst får tillräcklig motionsrådgivning vid sjukhus och hälsocentraler.

## KÄLLOR / REFERENCES

Aho, T. Niemelä, K. Vikman, S. 2003, *Sepelvaltimotautikohtaus* [www]. Tillgänglig: Käypä hoito. Hämtad 29.01.2015

Bruvold, M. Wisløff, U. M.fl. 2007, *Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients: a randomized study*. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 29.01.2015

Buchner, D. Thompson, P. Pina, I. Balady, G. Williams, M. Marcus, B. Berra, K. Blair, S. Costa, F. Franklin, B. Fletcher, G. Gordon, N. Pate, R. Rodriguez, B. Yancey, A. Wenger, N. 2015, *Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease* [www]. Tillgänglig: <http://circ.ahajournals.org/content/107/24/3109.full>. Hämtad 29.01.2015

Cronberg, H. 2013, *Rehabilitering* [www]. Tillgänglig: Vårdguiden. Hämtad 29.01.2015

Diabetesliitto. 2012, *Kvinna, var snäll mot ditt hjärta* [www]. Tillgänglig: Diabetesförbundet I Finland. Hämtad 12.03.2015

Duodecim. 2014, *Sepelvaltimotauti* [www]. Tillgänglig: Terveyskirjasto. Hämtad 27.01.2015

Ehrenkrona, N. Öman, A. 1994, *Rehabilitering vid hjärt- och kärlsjukdomar*. Andra upplagan. Studentlitteratur, Lund. S 216.

EKG-diagnostik, U.Å. *Behandling av stabil kranskärlssjukdom* [www]. Tillgänglig: <http://www.ekg.nu/node/295>. Hämtad 12.03.2015

Freeman. 2011, Cardiac Conditions: Safe Exercise for Patients with Heart Disease [www]. Tillgänglig:

<http://www.nationaljewish.org/healthinfo/conditions/cardio/exercise-and-heart-disease/>. Hämtad 29.01.2015

Habraeus, K. 2012, *Hjärtinfarkt* [www]. Tillgänglig: Vårdguiden. Hämtad 27.01.2015.

Hälsovårdare. 2015, *Sepelvaltimotauti materiaalit*. E-mail 04.03.2015

Hjärt & Lungfonden. 2010, Kostnader för hjärt- och kärlsjukdom 2010 [www].

Tillgänglig:

[http://www.hjartlungfonden.se/Documents/Rapporter/Sammanfattning\\_kostnader\\_hjart-karlsjukdom\\_2010.pdf](http://www.hjartlungfonden.se/Documents/Rapporter/Sammanfattning_kostnader_hjart-karlsjukdom_2010.pdf). Hämtad 27.01.2015

Hjärt&Lungfonden. 2014, Sjukdomar [www]. Tillgänglig: <http://www.hjartlungfonden.se/#>. Hämtad 27.01.2015

Hämäläinen, H. Kallio, V. Knuts, LR. Luurila, OJ. 1995, *Reduction in sudden deaths and coronary mortality in myocardial infarction patients after rehabilitation. 15 year follow-up study*. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 29.01.2015

Isaksson, Joakim. U.å, Kvalitativ innehållsanalys [www]. Tillgänglig: <file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A41/Downloads/Kvalitativ%20inneh%C3%A5llsanalys.pdf>. Hämtad 27.02.2015

Jacobsen, Dag Ingvar. 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Upplaga 2:1, Studentlitteratur AB, Lund. S 327

Kesäniemi, A. Salomaa, V. 2009, *Sepelvaltimotauti* [www]. Tillgänglig: Terveyskirjasto. Hämtad 03.03.2015

Kettunen, R. 2014, *Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti*. Tillgänglig: Terveysportti.

Klasén McGrath, M. 2013, *Angiografi* [www]. Tillgänglig: Vårdguiden. Hämtad 27.01.2015

Kotseva, K. 2015, *EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries* [www]. Tillgänglig: European Journal of Preventive Cardiology. Hämtad 16.03.2015

Kutinlahti, E. Pellikka, M. 2014, *Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti – liikuntaohje*. Tillgänglig: Terveysportti

Lakka, T. 2010, *Liikunta Sepelvaltimotaudin hoidossa* [www]. Tillgänglig: Käypä Hoito. Hämtad 03.03.2015

Livsmedelsverket. 2014, *Hjärt- och kärlsjukdom* [www]. Tillgänglig: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Hjart--och-karlsjukdom/>. Hämtad 29.01.2015

Mustajoki, Pertti. 2015, *Valtimotauti (ateroskleroosi)* [www]. Tillgänglig: Terveyskirjasto. Hämtad 27.02.2015

Mäkinen, A. Penttilä, U-R. 2007, *Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa* [www]. Tillgänglig: Suomen Sydänliitto. Hämtad 29.01.2015

Signäs, B. 2013, *Åderfettning-Åderförkalkning* [www]. Tillgänglig: Vårdguiden. Hämtad 27.01.2015

Statistikcentralen. 2013, *Hälsa* [www]. Tillgänglig: [http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_terveys\\_sv.html](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys_sv.html). Hämtad 27.01.15

Suomen Fysioterapeutit. 2011, *Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus* [www]. Tillgänglig: [http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p\\_artikkeli=sfs00002](http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00002). Hämtad 02.02.2015

Suomen Sydänliitto. U.Å, Sepelvaltimotauti ja liikunta [www]. Tillgänglig:  
<http://www.sydanliitto.fi/sepelvaltimotauti1#.VPWN0fmsWos>. Häntad 03.03.2015

Suomen Sydänliitto. U.Å, Sydänpotilaan liikunnallinen kuntoutus [www]. Tillgänglig:  
<http://www.sydanliitto.fi/liikunnallinen-kuntoutus3#.VQbF9o6sWot>. Häntad  
16.03.2015

Suomen Sydänliitto. 2006, *Sepelvaltimotauti*. Erweko Painotuote OY, 15 s.

Suomen Sydänliitto. U.Å, Tilastotietoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista  
[www]. Tillgänglig: <http://www.sydanliitto.fi/tilastot-ja-sanasto#.VT-JxyHtmk>. Häntas  
28.04.2015

Suomen Sydänliitto. 2008, *Verenpaine kohdalleen*. 1:a upplagan.

Suomen Sydänliitto. 2012, *Kolesteroli kohdalleen*. 4 uppl.

Tee siitä numero. 2007, *Sydämesi hyvinvointi*. Nummer 02, 15 s.

Tee siitä numero. 2007, *Sydämesi hyvinvointi Kolesteroli*. Nummer 02

Tilastokeskus. U.Å, Kuolleet iän, sukupuolen ja peruskuolemansyyn mukaan 2013  
[www]. Tillgänglig:  
[http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_\\_ter\\_\\_ksyyt/040\\_ksyyt\\_tau\\_104.px  
/table/tableViewLayout1/?rxid=254c62b5-cd67-4fa7-8b9f-be3498d25c75](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__ter__ksyyt/040_ksyyt_tau_104.px/table/tableViewLayout1/?rxid=254c62b5-cd67-4fa7-8b9f-be3498d25c75). Häntad  
28.04.2015

UKK-instituutti. 2014, Liikuntapiirakka [www]. Tillgänglig:  
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>. Häntad 02.03.2015

UKK-instituutti. 2015, Terveysliikuntaa ja kuntoliikuntaa [www]. Tillgänglig:  
[http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa\\_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan\\_liikuntaopas  
/terveysliikuntaa\\_ja\\_kuntoliikuntaa](http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/terveysliikuntaa_ja_kuntoliikuntaa). Häntad 03.03.2015



Vanda Stad. Liikuntaneuvontaa terveysasemilla [www]. Tillgänglig:  
[http://www.vantaa.fi/fi/liikunta\\_ ja\\_ ulkoilu/terveysliikunta/liikuntaneuvontaa\\_ terveysasemilla](http://www.vantaa.fi/fi/liikunta_ ja_ ulkoilu/terveysliikunta/liikuntaneuvontaa_ terveysasemilla). Hämtad 13.02.2015

Vuori, T. 2015, *Hjärt- och kärlsjukdom vid Mårtensdals Hälsostation* [muntl]. Möte 10.02.2015.

## 8 BILAGOR

Bilaga 1. Materialet som används vid Mårtensdals hälsostation

| Titel   | Utgivare              | Utgivningsår | Sidantal     |
|---|-----------------------|--------------|--------------|
| Sepelvaltimotauti   | Suomen Sydänliitto ry | 2006         | 29           |
| Verenpaine kohdal-<br>leen                                | Suomen Sydänliitto ry | 2008         | - (broschyr) |
| Kolesteroli kohdal-<br>leen                               | Suomen Sydänliitto ry | 2012         | - (broschyr) |
| Testaa liikuntatot-<br>tumuksesi                          | Suomen Sydänliitto ry | 2009         | 2            |
| Sydämesi hyvin-<br>vointi                                 | Tee siitä numero      | 2007         | 15           |
| Sydämesi hyvin-<br>vointi Kolesteroli                     | Tee siitä numero      | 2007         | 8            |
| Sydämesi hyvin-<br>vointi minun nu-<br>meroni             | Tee siitä numero      | 2007         | - (broschyr) |
| Tietoa potilaalle:<br>Sepelvaltimotauti                   | Lääkärikirja Duodecim | 2014         | 4            |
| Tietoa potilaalle:<br>Sepelvaltimotauti –<br>liikuntaohje | Lääkärikirja Duodecim | 2014         | 4            |
| TARTU<br>TILAISUUTEEN,<br>ota tavaksi!                    | KKI                   | 2011         | 32           |
| KKI-kunto-opas<br>60+                                     | KKI                   | 2013         | 20           |
| KKI-kunto-opas  | KKI                   | 2010         | 28           |
| KUNTOKORTTI   | KKI                   | -            | -            |

|  |                                       |      |    |
|--|---------------------------------------|------|----|
| SuomiMiehen<br>kunto-opas                          | KKI                                   | 2008 | 18 |
| KUNNOSSA KA-<br>IKEN IKÄÄ Akti-<br>ivisena arjessa | KKI                                   | 2012 | 6  |
| Tyypin 2 diabetes ja<br>ruoka                      | Ravitsemusterapeuttien<br>yhdistys ry | 2013 | 11 |
| Kohonneen<br>verenpaineen ru-<br>okavalihoito      | Ravitsemusterapeuttien<br>yhdistys ry | 2008 | 6  |
| Nitro potilasopas                                  | -                                     | -    | 1  |