

## **Utklipp fra egen master: «Oppfølging av eldre hjemmeboende etter sykehusopphold grunnet hjertesvikt – en systematisk litteratursammenstilling»**

### **Introduksjon**

Nesten en fjerdedel av alle pasienter innlagt sykehus med hjertesvikt i Europa og USA blir reinnlagt innen 30 dager (1). Dersom reinnleggelsen er en følge av utvikling hos pasienten som kunne vært unngått er reinnleggelse en uønsket belastning for primært pasient og pårørende, men også for helsevesenet (2).

Hjertesvikt er en aldersrelatert lidelse. Normal aldring endrer fysiologiske forhold i kroppen, som gir mer sårbarhet for uheldige virkninger av potent medisinsk hjertesviktbehandling, som blodtrykksendringer, elektrolyttforstyrrelser og dehydrering (3, 4). Forekomsten av hjertesvikt vil øke markert for de over 75 år fram til år 2030 grunnet demografiske endringer med flere eldre (5).

Sykepleiere har en sentral rolle i oppfølging av gamle med hjertesvikt (6). Målene med hjertesviktoppfølgning er å redusere symptomer, forbedre livskvalitet, redusere akutte forverringer som krever sykehusinnleggelse, og øke overlevelse (7). Det er nødvendig med tidlig intervensjon, optimal oppfølging av medikamentell behandling, undervisning og psykososial støtte (4, 8). Samhandlingsreformen som ble innført i Norge i 2012 har gitt kommunene større ansvar for oppfølging og behandling av pasienter generelt, samtidig som det forventes økt samhandling mellom forvaltningsnivåene (9). Det er grunn til å tro at sykepleie i hjemmet til gamle som nylig har vært innlagt for hjertesvikt spiller en vesentlig rolle for å forebygge reinnleggelser og unødvendig belastning for pasient og helsevesen.

Reinnleggelser er en kvalitetsindikator. Uønsket reinnleggelse er et uttrykk for dårlig kvalitet. Målet om god kvalitet av helsetjenester innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, tilgjengelig og rettferdig fordelt, at brukere involveres og får innflytelse og at ressursene utnyttes på en god måte (10).

Hjertesvikt kan generelt gi plagsomme symptomer, som pustebesvær ved anstrengelse, tretthet, mangel på energi, redusert fysisk yteevne, angst og depresjon. Hos gamle er ofte symptomene uspesifikke og sammensatte (6, 7). Normal aldring kan føre til klaffepatologi, spesielt aortastenose, da hjertets ventrikler blir stivere med alderen. Det øker tilbøyeligheten

for utvikling av diastolisk hjertesvikt. Normal aldring fører også til at homeostatiske reserver svekkes, derfor må den medisinske behandlingen gjøres mindre intensiv i takt med aldringen. Særlig har sårbare og multimorbide gamle redusert evne til å korrigere fysiologiske avvik som dehydrering, elektrolyttforstyrrelse, syre-base-forstyrrelser, anemi og hypoksemi (3). Hjertesvikt krever livslang medikamentell behandling (4). Forskning har vist at eldre med hjertesvikt bruker flere medikamenter og at feil medikamentbruk er en hyppig årsak til reinnleggelse (11, 12).

Flere faktorer kan disponere for reinnleggelse hos eldre: medisinske faktorer som multimorbiditet (11, 13, 14), psykiatrisk relaterte sykdommer (15), grad av symptomer som dyspne (14), hud- eller sårproblemer (14, 16), dehydrering (14), alvorlig smerte (16) og fysisk funksjonsevne (16). Sosiodemografiske faktorer som det å bo alene (16), eller ha liten kunnskap (17) er også påvist å øke risikoen for reinnleggelse, og betydningen av familie eller sosial støtte er vist å være viktig (18). Litteraturen viser også at pasientens tiltro til behandlingen har betydning for hyppigheten av reinnleggelser (12).

Det er utviklet ulike intervensjonsmodeller for pasientoverganger. Begrepet «pasientoverganger» kan brukes for å betegne intervensjoner som er designet for å forhindre reinnleggelse i overgangssituasjoner fra en omsorgssetting til en annen. Pasientoverganger fokuserer på pasient- eller omsorgsgiveropplæring, medisineringsforståelse, og koordinering blant helsetjenesteutøvere involvert i pasientovergangene (1). På engelsk brukes betegnelsen «transitional care».

Hensikten med litteratursammenstillingen er å undersøke hva vi vet om hvilke intervensjoner/tiltak som er prøvd ut for oppfølging av gamle hjemmeboende som har vært innlagt sykehus grunnet hjertesvikt og som skrives ut til hjemmet, samt å få en grov oversikt over hvilke erfaringer man har med ulike former for oppfølging.

### **Kort oppsummering**

Litteratursammenstillingen inneholdt 11 studier hovedsakelig fra USA. Studiene ble vurdert til å ha varierende forskningskvalitet. Studiene undersøkte relativt få personer, hadde ulike intervensjoner og ulike utfallsmål, noe som gjør at det ikke kan trekkes sikre konklusjoner. Men sammenstillingen antyder positiv erfaring og noe bedring av alle

intervensjonsmodellene. Bedringen var på ulike måter evaluert med redusert antall reinnleggelser, bedret livskvalitet og funksjonsnivå. Sammenstillingen viser flere betydningsfulle prinsipper for oppfølgingen. De viktigste ser ut til å være tverrfaglige team, tidlig intervensjon og oppfølging i hjemmet. Forståelse for og etterlevelse av medikamentell behandling virker å være en spesiell viktig del av oppfølgingen.

## Referanseliste

1. Feltner C, Jones CD, Cene CW, Zheng ZJ, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2014;160(11):774-84.
2. Kristoffersen DT, Hansen TM, Lindman AS, Tomic O, Helgeland J. Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014. (English title: The quality indicator 30-day readmission – results for Norwegian hospitals and municipalities 2014). Norwegian Institute of Public Health; 2016.
3. Wyller TB. Geriatri : en medisinsk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
4. Nordeng HME, Spigset O. Legemidler og bruken av dem. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
5. Kaasa S, Loge JH, Haugen DRF. Palliasjon : nordisk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
6. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
7. Flaherty E, Resnick B. Gnr's Geriatric Nursing Review Syllabus: A Core Curriculum in Advanced Practice Geriatric Nursing 4th ed. New York: American Geriatric Society; 2014.
8. Fålnun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesialkompetanse. *Tidsskriftet sykepleien*. 2013;101(13):68-70.
9. Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
10. Sosial- og helsedirektoratet. -og bedre skal det bli! : nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten : til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
11. Sherer AP, Crane PB, Abel WM, Efirid J. Predicting Heart Failure Readmissions. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;31(2):114-20.
12. Turrise S. Illness Representations, Treatment Beliefs, Medication Adherence, and 30-Day Hospital Readmission in Adults With Chronic Heart Failure: A Prospective Correlational Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;31(3):245-54.
13. Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Tsutsui H. Rationale and design of the Japanese heart failure outpatients disease management and cardiac evaluation (J-homecare). *Journal of cardiology*. 2011;58(2):165-72.
14. Madigan EA, Gordon NH, Fortinsky RH, Koroukian SM, Piña I, Riggs JS, et al. Rehospitalization in a national population of home health care patients with heart failure. *Health Services Research*. 2012;47(6):2316-38.
15. Radhakrishnan K, Jacelon CS, Bigelow C, Roche J, Marquard J, Bowles KH. Use of a homecare electronic health record to find associations between patient characteristics and re-hospitalizations in patients with heart failure using telehealth. *Journal of telemedicine and telecare*. 2013;19(2):107-12.
16. Kang Y, McHugh MD, Chittams J, Bowles KH. Utilizing Home Healthcare Electronic Health Records for Telehomecare Patients With Heart Failure: A Decision Tree Approach to Detect Associations With Rehospitalizations. *Computers, informatics, nursing : CIN*. 2016;34(4):175-82.
17. Friel C. Improving Health Outcomes for Low Health Literacy Heart Failure Patients. *Home Healthcare Now*. 2016;34(8):434-9.
18. Nakane E, Tanaka N, Kimura Y, Sekihara T, Hayashi H, Okano M, et al. Living alone or living only with an elderly spouse is an independent predictor of hospital readmission in elderly patients with decompensated heart failure. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*. 2015;65(10S):A1033.