

Bacheloroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

10037

10064

Veien videre - Hvordan kan sykepleier legge til rette for rehabilitering hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?

Antall ord: 8372

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Lars André Olsen

Mai 2021

10037

10064

Veien videre - Hvordan kan sykepleier legge til rette for rehabilitering hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?

Antall ord: 8372

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lars André Olsen
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Det forventes at antall personer med etablerte hjerte- og karsykdommer vil øke i årene fremover. Kunnskap om hjerterehabilitering vil dermed anses som viktig kompetanse for sykepleier for å forhindre nye infarkt og videre sykdomsutvikling, hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan legge til rette for rehabilitering hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

Metode: En systematisk litteraturstudie med utgangspunkt i åtte forskningsartikler.

Resultater: Veiledning og undervisning ga reduksjon av risikofaktorer, og bedre overholdelse av livsstilsendring hos pasienter som hadde hatt hjerteinfarkt. Individuelt tilpasset rehabilitering med fokus på psykososial støtte og brukermedvirkning var sentrale sykepleierbidrag til denne pasientgruppen.

Konklusjon: For at sykepleier skal kunne legge til rette for hjerterehabilitering er det grunnleggende at undervisning og veiledning inneholder informasjon om hjertesykdom, risikofaktorer og livsstilsendringer. Rehabiliteringen bør også ha et preg av individualisering og psykososial støtte, gjennom kunnskap om egen sykdom og brukermedvirkning.

Nøkkelord: Hjerteinfarkt, hjerterehabilitering, rehabilitering, sykepleie

Abstract

Background: It is expected that the number of people with established cardiovascular disease will increase in the years ahead. Knowledge of cardiac rehabilitation will thus be regarded as important competence for nurses to prevent further disease development, and possibly new heart attacks in patients who have had myocardial infarction.

Purpose: The purpose of the thesis is to investigate how nurses can facilitate rehabilitation in patients who have had myocardial infarction.

Method: A systematic literature study based on eight research articles.

Results: Direction and education reduced risk factors, and sustained adherence to lifestyle changes in patients who had had suffered a myocardial infarction. Individually adapted rehabilitation with a focus on psychosocial support and user participation were key nurse contributions to this patient group.

Conclusion: For a nurse to be able to facilitate cardiac rehabilitation, it is essential that teaching and guidance contain information about heart disease, risk factors and lifestyle changes. Rehabilitation should also be characterized by individualization and psychosocial support, in the form of knowledge about one's own illness and user participation.

Keywords: Myocardial infarction, cardiac rehabilitation, rehabilitation, nursing

Forord

«Change is never easy, but always possible»

Barack Obama

NTNU Ålesund, mai 2021.

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn og redgjørelse for valg av tema.....	10
1.2	Studiens hensikt og problemstilling	10
1.3	Begrepsavklaring	11
1.4	Avgrensninger	11
1.5	Oppgavens videre oppbygning	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Hjerteinfarkt.....	12
2.2	Hjerterehabilitering.....	12
2.3	Sykepleierens rolle og ansvar ved hjerterehabilitering	13
2.4	Orems egenomsorgsteori	14
3	Metodebeskrivelse.....	15
3.1	Datainnsamling	15
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.1.2	Søkestrategi	16
3.1.3	Søkehistorikk	17
3.1.4	Kvalitetsvurdering	17
3.1.5	Etiske hensyn	18
3.2	Analyse.....	18
4	Resultat.....	20
4.1	Veiledning og undervisning	20
4.2	Individuell oppfølging og psykososal støtte	21
4.3	Brukermedvirkning og motivasjon for rehabilitering	22
5	Diskusjon.....	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Veiledning og undervisning.....	24
5.2.2	Individuell oppfølging og psykososial støtte	25
5.2.3	Brukermedvirkning og motivasjon for rehabilitering	27
6	Konklusjon.....	29
	Referanser.....	30
	Vedlegg	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og redgjørelse for valg av tema

En femtedel av Norges befolkning lever med etablert hjerte- og karsykdom, eller har stor risiko for å utvikle denne typen sykdom. Dødeligheten for hjerte- og karsykdommer har gått ned de siste 50 årene, men er fortsatt en av de viktigste dødsårsakene, sammen med kreft (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018). Årlig i norske sykehus og poliklinikker behandles rundt 70 000 for hjerte- og karsykdom, og totalt 1,1 million nordmenn bruker legemidler for å forebygge eller behandle slik sykdom. Det forventes i årene fremover at antallet personer med etablerte hjerte- og karsykdommer øker, dette et resultat av at pasientene vil bli eldre (FHI, 2018).

I 2018 fikk 13 209 pasienter behandling for akutt hjerteinfarkt, og overlevelse etter sykdommen var 90% (Norsk hjerteinfarktregister, 2019). Når færre dør tidlig etter hjerteinfarkt, blir det også et større behov for rehabilitering. I tillegg ser man en uheldig utvikling av overvekt og fedme, som motvirker den gunstige utviklingen som er å se når det gjelder nedgang i risikofaktorer som blant annet røyking og kolesterol (FHI, 2018). Etter et hjerteinfarkt får 15 % av pasientene nyoppstått hjertesvikt. Ny kunnskap antyder at 21% av pasientene ikke får tilstrekkelig informasjon om sykdommen, hvordan bli selvhjulpne hjemme ved eventuelle tilbakefall og 41% opplever engstelse og depresjon etter utskrivelse (Norsk Hjerteinfarktregister, 2019).

Pasienter med hjerte- og karsykdommer er en pasientgruppe sykepleier vil møte både i primær- og spesialisthelsetjeneste (Eikeland et al., 2016, s. 229). I en rehabiliterende funksjon for sykepleier er målet at pasienten skal tilegne seg nødvendig kunnskap, og nye handlemåter for å kompensere for ytterligere sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Hjerteinfarkt rammer ofte uten forvarsel og akutt, men har som regel en underliggende årsak. Det betyr behandlingen ikke bare må rettes mot akutfasen, men også i den rehabiliterende fasen og mot den underliggende årsaken. Sykepleier spiller da en nøkkelrolle i å forhindre sykdomsutvikling, og eventuelt nye hjerteinfarkt (Ørn & Brunvand, 2017, s.171).

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan legge til rette for rehabilitering hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Dette for å kunne oppnå økt kunnskap om tiltak som understøtter både den fysiske og psykososiale tilhelingen, som er avgjørende for å unngå ytterligere hjerte- og karsykdom. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier legge til rette for rehabilitering hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?

1.3 Begrepsavklaring

Rehabilitering: Handler om å hjelpe pasienten til å selv gjøre en innsats for økt funksjonsevne, redusert risiko og et bedre liv (Romsland et al., 2016, s. 11) Med hjerterehabilitering forstår vi «rehabilitering som tar sikte på å understøtte både den funksjonelle tilhelingen, motvirke negative, fysiske og psykososiale følger av sykdommen, samt begrense risikoen for tilbakefall og død» (Mæland, 2006, s. 11).

Hjerteinfarkt: Et hjerteinfarkt er når myokardceller dør på grunn av oksygenmangel. Det er enten fordi det har oppstått en forsnævret koronararterie, som ikke klarer å levere nok blod til hjertemuskelen, eller fordi en koronararterie plutselig tettes helt til (Ørn & Brunvand, 2017, s.168).

Sykepleier: I denne oppgaven vil det være et sykepleieperspektiv. Det er inkludert sykepleiere ansatt på sykehus, uavhengig av avdeling og utdanning.

1.4 Avgrensninger

Oppgaven skrives fra et sykepleieperspektiv, dermed utelukkes pårørende- og pasientperspektivet. Pasientene er voksne kvinner og menn, og sykepleie til barn vil derfor ikke være aktuelt i denne oppgaven. Eventuelle kjønnsforskjeller problematiseres ikke.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel 2 vil relevant teori som danner grunnlaget for diskusjonen presenteres. Kapittel 3 er metoden, der vi tar for oss redegjørelse av datainnsamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, søkehistorikk, kvalitetsvurdering og etiske hensyn. Metodekapittelet vil også gjøre rede for analyse av artiklene. Videre går oppgaven inn i kapittel 4 som tar for seg resultat av hovedfunnene i de ulike forskningsartiklene. Deretter kapittel 5 som vies en metode- og resultatdiskusjon. Til slutt tar vi for oss kapittel 6, en konklusjon som svarer på problemstillingen, samt forslag til videre forskning.

2 Teoribakgrunn

2.1 Hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt er når myokardceller dør på grunn av oksygenmangel. Enten er det oppstått en forsnævret koronararterie som ikke klarer å levere nok blod så hjertemuskelen kan overleve, eller fordi en koronararterie plutselig tettes helt til (Ørn & Brunvand, 2017, s.168). Tilstanden innebærer skade eller nekrose i en del av hjertemuskelen, fordi blodtilførselen er redusert eller manglende. Om hjerteinfarkt rammer et større eller mindre område av hjertemuskelen avhenger av hvor blodproppen dannes og om den tetter igjen hele, eller deler av koronararterien. Diagnosen hjerteinfarkt stilles klinisk på bakgrunn av pasientens sykehistorie, risikofaktorer og symptomer på iskemi, EKG-forandringer, biokjemiske hjertemarkører og koronar angiografi (Eikeland et al., 2016, s. 243-244).

2.2 Hjerterehabilitering

Begrepet rehabilitering brukes, i helsevesenet, om innsatsen som gjøres gjennom samarbeid med pasienten, for å styrke funksjonsevnen og mestre og tilpasse seg en ny tilværelse etter sykdom eller skade (Romsland et al, 2016, s. 11). Rehabilitering handler om å hjelpe pasienten til å selv gjøre en innsats for økt funksjonsevne, redusert risiko og et bedre liv. «Helhetlig rehabilitering av hjertepasienter tar sikte på å understøtte den funksjonelle tilhelingen etter hjertesykdommen, motvirke negative fysiske og psykososiale følger av sykdommen og redusere risiko for tilbakefall og død» (Mæland, 2006, s. 11). Målet med hjerterehabilitering er å bedre pasientens prognose og kroppslige, mentale og sosiale funksjon. Hjerterehabilitering skal også øke pasientens følelse av velvære og tilfredshet med livet. Mer konkret ønsker man å hjelpe pasienten til et bedre liv med økt fokus på livsstilsendring og forbedret livskvalitet. Hjerterehabilitering starter allerede på sykehuset etter et hjerteinfarkt eller en hjerteoperasjon. Likevel er det ofte først når pasienten blir skrevet ut at behovet for rehabiliteringstiltak blir åpenbare (Mæland, 2006. s. 12)

Hjerterehabilitering kan deles inn i 3 ulike faser. Fase 1 starter som regel i forbindelse med akuttbehandling i sykehus og kan fortsette ved blant annet opptreningsinstitusjoner eller rehabiliteringsenheter. I denne fasen blir pasientens fysiske kapasitet testet, og det blir startet med individuell fysisk aktivitet. Pasienten får veiledning i, og oppfordring om å justere risikofaktorene. Fase 2 starter ca. 4-6 uker etter gjennomgått hjerteinfarkt. Fasen kan foregå over mange uker enten i regi av poliklinikk, medisinske eller kardiologiske avdelinger. Pasienten får veiledning om kosthold, fysisk aktivitet og livsstilsendringer i tillegg til psykososial støtte. Den siste fasen, fase 3, omfatter oppfølgende behandling eller vedlikeholdsbehandling. Målet er å opprettholde livsstilsendringer som er gjennomført i fase 1 og 2 (Stubberud & Ellingsen, 2017, s. 424).

2.3 Sykepleierens rolle og ansvar ved hjerterehabilitering

Sykepleierens ansvar ved hjerterehabilitering utøves i sykehus, i ulike rehabiliteringsinstitusjoner, ved sykehjem eller hjemmesykepleien og omfatter både primær- og sekundærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak handler om å fremme helse og forebygge hjertesykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen, mens sekundærforebygging dreier seg om å forebygge nye situasjoner eller forverring av hjertesykdom hos personer som allerede har utviklet sykdom. Sekundærforebyggende tiltak vil i stor grad overlape sykepleierens behandlende funksjon, og sykepleierens rolle vil dermed bli å observere, vurdere, veilede, identifisere og kartlegge pasientens tilstand og planlegge og igangsette intervensjoner. Dette krever at sykepleieren må ha kompetanse om forebyggende arbeid og sammenhengen mellom livsstil og hjertesykdom (Stubberud, 2017, s. 40).

Sykepleiere som jobber med rehabilitering etter hjerteinfarkt har et viktig ansvar til å bidra med at pasientene opplever trygghet i en fase av livet som kan oppleves som vanskelig og uforutsigbar. Et hjerteinfarkt oppleves skremmende og farlig for de fleste som gjennomgår sykdommen, og bekymring og engstelse for gjentagelse går igjen blant pasientgruppen (Kjetland & Nordstad, 2017, s. 499). En av sykepleierens viktigste oppgaver er å fange opp pasientene som sliter tidlig i behandlingsforløpet, slik at man kan hindre en videre negativ utvikling. Støtten pasienten får av sykepleier underveis i hjerterehabiliteringsprosessen vil hjelpe pasienten til å klare å mestre det videre livet med hjertesykdom. Sykepleier har også en sentral rolle i å stimulere pasientene til selvbestemmelse og egenomsorg ved rehabilitering av hjertesykdommen (Kjetland & Nordstad, 2017, s. 501). Å ivareta autonomiprinsippet betyr at sykepleier må respektere pasientens autonomi, integritet og verdighet. Det omfatter også at pasienten sine beslutninger og kunnskap blir inkludert i den medisinske behandlingen (Stubberud, 2019, s. 66).

Oppfølging og veiledning av pasienter etter et hjerteinfarkt har som hovedmål å forebygge tilbakefall, forverring og komplikasjoner til sykdommen (Kjetland & Nordstad, 2017, s. 500). Veiledning kan forstås som en pedagogisk igangsettelsesprosess som styrker pasientens mestringskompetanse gjennom dialog. Sykepleiers ansvar er å hjelpe pasienten til å bli bevisst på hvilke muligheter som finnes og hvordan disse kan aktualiseres (Tveiten, 2018, s. 249). Motiverende intervju også kalt helsefremmende samtale er en samtalem metode med fokus på motivasjons- og endringsarbeid (Haugan & Sætertrø, 2018, s. 260). Denne metoden har vist seg å være mer hensiktsmessig og effektiv enn annen rådgivning for å oppnå vedvarende livsstilsendringer hos pasienter (Kristoffersen, 2017, s. 340). Motiverende intervju igangsettes gjennom engasjement, fokus, fremkalling og planlegging. Helsepersonell bør lede samtalen gjennom åpne spørsmål, bekreftelser, refleksjoner og oppsummeringer (Haugan & Sætertrø, 2018, s. 264).

For å opprettholde vedvarende livsstilsendringer innebærer det at pasienten må tillære seg nye atferdsmåter. Prochaska og DiClementes transteoretiske modell tar for seg fire ulike stadier ved atferdsendring. De fire fasene er føroverveielse, overveielse, forberedelse og handling (Gammersvik, 2018 s. 216). For sykepleier er det viktig å anerkjenne at pasienten går gjennom de ulike stadiene av endringsprosessen og sykepleiers oppgave er derfor å observere, veilede og undervise i henhold til pasientens

ståsted. Å endre helseatferd er en lang og tidskrevende prosess og sykepleiers rolle er å bevisstgjøre og motivere pasienten, i tillegg til å komme frem til gode og praktiske løsninger for å oppnå en vedvarende endring i samråd med pasienten (Gammersvik, 2018 s. 217). Pasientens ståsted i de ulike stadiene har betydning for vedkommende sine forutsetninger for å ta til seg lærdom. Faktorer som kan hemme pasientens evne til å lære er alvorlighetsgrad, medisinsk behandling, opplevelse av angst, smerter, ubehag, og psykisk stress (Stubberud & Ellingsen, 2017, s. 430)

2.4 Orem's egenomsorgsteori

Egenomsorg kan defineres som «individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve». Førsteleddet «egen» handler om hele individet, det vil si fysiske, psykiske og åndelige behov. Andreleddet «omsorg» beskriver helheten av aktiviteter som individet igangsetter for å opprettholde livet og for å utvikle seg normalt. Det er fem punkter som bør iverksettes for å opprettholde livet og for å utvikle seg normalt. En pasient kan sies å utøve egenomsorg dersom vedkommende understøttes av livsprosessene og normal funksjon, opprettholder normal vekst, modning og utvikling, forebygger eller kontrollerer sykdomsprosesser og skader, forebygger eller kompenserer funksjonssvikt og fremmer velvære. Sentralt for begrepet egenomsorg er det at omsorgen iverksettes frivillig og bevisst av pasienten (Cavanagh, 2001, s. 17).

Sykepleieres rolle er å veilede pasienten og krever at sykepleieren gir relevant informasjon eller råd, som kan hjelpe pasienten til å møte sine egne omsorgsbehov. Å gi fysisk og psykisk støtte er også en annen viktig sykepleieoppgave. Fysisk støtte kan sees på som et fellesskap, et lagarbeid som omfatter pasient, sykepleier og andre som skal dekke kjente egenomsorgsbehov. Psykisk støtte betrakter Orem som et «forståelse av nærvær» der sykepleieren skal være en som kan lytte og tilby varierte hjelpemetoder (Cavanagh, 2001, s. 33).

3 Metodebeskrivelse

Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie. Ved en tydelig og definert problemstilling skal oppgaven besvares gjennom et systematisk litteratursøk. Formålet med litteratursøkene våre var å finne forskning som svarte på problemstillingen vi hadde utarbeidet. Vi startet tidlig med å definere en god problemstilling, som vi synes var interessant. Søket skal ved å identifisere, kritisk vurdere og analysere relevant forskning, finne studier som gir svar på den valgte problemstilling (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). For å kunne gjøre gode systematiske litteratursøk er en forutsetning at det finnes tilstrekkelig forskning om det aktuelle temaet som er av god kvalitet. Fokuset må være på aktuell forskning innenfor det valgte temaet, for deretter å ta sikte på å finne et beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30)

3.1 Datainnsamling

Det systematiske litteratursøket startet høsten 2020 og ble fullført våren 2021. Vi søkte i vitenskapelige databaser etter relevante artikler, og det ble funnet åtte forskningsartikler fra perioden 2010-2020. Det formelle kravet til bacheloroppgaven er minimum åtte forskningsartikler. Studiene som er tatt i bruk er relevante og dagsaktuelle.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I en god søkestrategi med problemstillingen som utgangspunkt bør det være inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene har som hensikt å begrense søkingen, som bidrar til at det blir lettere å finne relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 71). Alle forskningsartiklene skulle ha IMRAD- struktur og være skandinavisk- og engelskspråklige. Oppgavens retningslinjer har et krav om at artiklene skal være etisk godkjent, og derfor måtte vi ha det som et krav. Vi var interessert i artikler fra de ti siste årene, med ønske om nyere forskning om temaet. Søket ble også begrenset med fagfelle vurdering. I PubMed går det ikke å an å krysse av for fagfelle vurdert. For å forsikre oss om at inkluderte artikler derfra var fagfelle vurdert søkte vi opp artiklenes navn i skolebibliotekets Oria, der man enkelt kan se om artikkelen er blitt fagfelle vurdert. Vi hadde også et krav om at tidsskriftene artiklene var publisert i, var ranket til nivå 1 eller 2. På forhånd var vi enige om et sykepleieperspektiv. Vi kunne ha med artikler med pasientperspektiv, men måtte da ekskludere deres meninger. Artikler med pårørendeperspektiv ble ekskludert. Artiklene inkluderer voksne kvinner og menn. Inklusjons- og eksklusjonskriterier kan sees i tabell 1.1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - IMRaD-struktur. - Språk: Norsk, Dansk, Svensk eller Engelsk. - Publisert tidligst i 2010. - Fagfellevurdert. - Alle artikler skal være publisert i vitenskapelige tidsskrifter som har nivå 1 eller 2 i NSD. - Sykepleieperspektiv. - Kvinner og menn. - Etisk vurdert. - Voksne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som er publisert før år 2010. - Pårørendeperspektiv. - Pasientperspektiv.

Tabell 1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.1.2 Søkestrategi

Etter at problemstillingen var formulert, ble det utarbeidet et PICO- skjema. PICO er en strukturert metode med utgangspunkt i problemstillingen, som hjelper å sette sammen gode søkestrategier når man skal søke systematisk i ulike databaser. PICO står for **P**atient (hvem), **I**ntervention(hva), **C**ontrol (kontrollgruppe) og **O**utcome (utfall/resultat) (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60). Vi gikk bort fra Control, siden vi ikke har vært ute etter å sammenligne intervensjoner eller pasientgrupper i selve søket. Derfor brukte vi heller et PIO-skjema i struktureringen av våre søk. Skjemaet var nyttig for oss fordi det bidro til mer systematiske søk.

Pateint/ Problem/ Population	Intervention	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> - Myocardial infarction - Heart attack 	-Nursing	<ul style="list-style-type: none"> -Rehabilitation -Cardiac rehabilitation -Mental health -Health promotion

Tabell 1.2: PIO-skjema

Rehabilitering og hjerterehabilitering er vårt outcome, og som nevnt tidligere handler hjerterehabilitering om å motvirke negative fysiske og psykososiale følger av sykdommen (Mæland, 2006, s. 11). Det førte til at søkeord som mental helse og helsefremming senere i prosessen ble inkludert i vårt outcome. Søkeordene som ble benyttet var; «myocardial infarction eller heart attack», «nursing», «rehabilitation eller cardiac rehabilitation», «mental health» og «health promotion».

Etter å ha utarbeidet gode søkeord må man kombinere disse med hjelp av boolske operatører (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69). Vi brukte boolske operatorene «AND» og «OR». Operatoren «AND» ble brukt for å oppnå treff på artikler som inkluderer alle søkeordene. Ved å bruke «AND» begrenser en søket og får et smalere treff. «OR» ble brukt for å oppnå treff som inkluderer enten ett eller flere av søkeordene.

3.1.3 Søkehistorikk

Det ble søkt i CINAHL Complete og PubMed. CINAHL Complete ble brukt fordi det er en database som inneholder forskning innen sykepleie, fysioterapi og ergoterapi. I tillegg ønsket vi å gjøre søk i PubMed siden det er en database som dekker forskning innenfor medisin (Forsberg & Wengström, 2015, s. 65).

Det første søket ble gjennomført i CINAHL Complete i november 2020. Søkeordene fra PIO-skjemaet ble benyttet. Det ble søkt på «myocardial infarction» OR «heart attack» AND «nursing» AND «rehabilitation». Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble satt. Det resulterte i et treff på 81 artikler. Vi leste halvparten av overskriftene hver, og endte opp med 15 leste abstracts som virket relevante for problemstillingen vår. Det ble funnet fem artikler som begge leste igjennom, en viste seg å ha pårørendeperspektiv. Vi inkluderte fire artikler i oppgaven.

Samme søkeord ble brukt for søk i PubMed. Søkeordene som ble brukt var de samme som i det første søket i CINAHL Complete. Det ble søkt på «myocardial infarction» OR «heart attack» AND «nursing» AND «rehabilitation». I tillegg fikk vi råd av universitetsbibliotekaren om å også bruke «OR» «Cardiac Rehabilitation» for å spesifisere søket. Søket resulterte i 191 treff. Vi valgte å dele antall treff opp i to og leste halvparten av overskriftene hver. Vi endte opp med å lese 27 abstracts og 8 artikler. Til slutt satt vi igjen med to artikler vi valgte å inkludere i oppgaven.

På våren ble de siste søkene gjort i CINAHL Complete. Det første med søkeordene «myocardial infarction» OR «heart attack» AND «nursing» AND «mental health». Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt. Det ble et treff på 5 artikler, med 5 leste abstracts. Fire var ikke relevante for vår problemstilling eller hadde annet perspektiv. En artikkel ble inkludert. Det andre søket ble gjort med søkeordene «myocardial infarction» OR «heart attack» AND «nursing» AND «health promotion». Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt. Vi fikk et treff på 18 artikler, sju artikler ble sett på som interessante for problemstillingen vår i basert på overskriftene. Disse ble det lest abstracts på, seks hadde enten feil perspektiv eller var ikke relevante. Vi inkluderte til slutt en artikkel. Grunnen til at vi la til to ord som inngår i rehabiliteringsbegrepet er fordi rehabilitering er som nevnt tidligere fremme tilheling av sykdommen, men også motvirke psykososiale, fysiske følger og fremme gode livsstilsendringer. Vi var spesifikt ute etter helheten i hjerterehabiliteringsarbeidet.

3.1.4 Kvalitetsvurdering

I arbeidet med å velge ut artikler måtte vi forsikre oss om at artiklene var forskningsartikler, det gjennom å se etter IMRaD-struktur. En kvalitetsforsikring for en forskningsartikkel er at den bygges opp etter IMRaD-modellen (Søk & Skriv, 2020). Alle våre artikler hadde et tydelig forskningsspørsmål og en klar hensikt. Introduksjon, metode, resultat og diskusjonsdel var å finne hos alle inkluderte artikler. Det var også et kriterium at publikasjonskanalen var ranket til enten nivå 1 eller 2. Det undersøkte vi ved å søke på tidsskriftet i Register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Seks av artiklene er ranket til nivå 1, og to artikler er ranket nivå 2.

For å kritisere kvaliteten på forskningsartiklene brukte vi også Forsberg og Wengström sine (2015) sine sjekklister for kvalitative og kvantitative artikler. Sjekklisterne er til for å vurdere kvaliteten på artiklene (Forsberg & Wengström, 2015). Vi fant de oversiktlige å bruke, og som et nyttig verktøy for å lette arbeidet med kritisk vurdering. Artiklene ble diskutert og vurdert opp imot sjekklisterne, og ut ifra disse forutsetningene var inkluderte artikler av god kvalitet.

3.1.5 Etske hensyn

God etikk er grunnleggende i all vitenskapelig forskning. Det er helt essensielt at interessen for å innhente ny kunnskap alltid veies opp imot kravet om å beskytte de som deltar i forskningen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132). Sju av artiklene vi har valgt har blitt godkjent av et utvalg etiske komiteer i de landene de er skrevet i. En av artiklene har fått etisk godkjenning fra institusjonen forskningen er hentet fra, der deltakerne var informert i tråd med Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen skal virke som en form for etisk grunnlov i forskning på mennesker (Den Norske Legeforening, 2012). Vi valgte derfor å inkludere den. Flere av studiene viste til at deltakerne i forskningen har fått skiftelig informasjon om forskningen, og med tillatelse til å trekke seg fra studien.

3.2 Analyse

Analyse er å dele artikkelens funn opp i mindre deler og undersøke de hver for seg. Videre settes delene sammen til én ny helhet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). En innholdsanalyse kan gjøres på ulike måter, vi har valgt å bruke Evans (2002) sin analysemodell for å analysere litteraturstudiens forskningsartikler. Her følger en kort redegjørelse for hvordan vi har utført analysen etter Evans (2002) fire trinn.

I trinn en søkte vi etter forskningsartikler som vi ønsket å inkludere i bacheloroppgaven, dette i form av systematisk litteratursøk. En mer detaljert beskrivelse av søkestrategien tok vi for oss i 3.1.2 og 3.1.3, jfr. Vedlegg 1. Etter å ha funnet åtte forskningsartikler, kunne vi gå videre til neste steg i analysen.

I trinn to identifiserte vi nøkkelfunnene ved å lese artiklene gjentatte ganger. Alle artiklene ble nøye gjennomgått hver for oss først, der vi leste en og en artikkel. Vi noterte nøkkelfunn som gikk igjen. Videre tok vi for oss artiklene og nøkkelfunn sammen. På denne måten fikk vi en god oversikt over alle artiklene, og presenterte nøkkelfunnene for hverandre. De viktigste nøkkelfunnene ble valgt ut. Nøkkelfunnene kan ses i tabell 1.3. Dette var tiltak som kom frem som viktige for tilretteleggingen av rehabiliteringen hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

I trinn tre kategoriserte vi nøkkelfunnene i temaer. Vi nummererte artiklene, og plasserte nøkkelfunnene inn i en tabell. Vi gikk gjennom nøkkelfunnene, så på forskjeller og ulikheter. Like nøkkelfunn ble satt samme kolonne. Ved å kategorisere nøkkelfunnene identifiserte vi følgende tre hovedtemaer: informasjon og veiledning, psykososial støtte og oppfølging og brukermedvirkning og motivasjon for rehabilitering.

Hovedtema	Nøkkelfunn
Veiledning og undervisning Artikkel: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Informasjon og rådgivning Kunnskap om sykdommen Reduksjon av risikofaktorer Medisinoverholdelse Livsstilsendring Jevnlig oppfølging
Individuell oppfølging og psykososial støtte Artikkel: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Individuell tilpasning Kunnskap om egen sykdom Psykososiale behov Troen på egne evner Involvering av pårørende
Brukermedvirkning og motivasjon for rehabilitering Artikkel: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	Brukermedvirkning Autonomi Motivasjon Egenomsorg

Tabell 1.3

Fjerde trinn handler om å bruke funnene til å beskrive fenomenet og sette dette sammen til en helhetlig syntese. Ved hjelp av de ulike temaene refereres det tilbake til studienes opprinnelse for å kontrollere nøyaktigheten av besvarelsen (Evans, 2002, s.25).

Hovedfunnene i analysen presenteres i kapittel fire, «Resultat». Overskriftene tilsvarer de tre hovedfunnene våre.

4 Resultat

I denne delen skal vi presentere hovedfunnene herunder tre hovedtema: veiledning og undervisning, individuell oppfølging og psykososial støtte, og brukermedvirkning og motivasjon for rehabilitering. Temaene har vi kommet frem til gjennom analyse av de åtte forskningsartiklene som er inkludert i denne litteraturstudien. Hovedfunnene påvirker hverandre, men vi har valgt å dele de inn der vi synes det er naturlig.

4.1 Veiledning og undervisning

Veiledning og undervisning trekkes frem av alle åtte artiklene som et sentralt sykepleietiltak i rehabiliteringsarbeidet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Gjennom veiledning og undervisning ble informasjon og rådgivning gitt. Kunnskap om sykdom ble forbedret, risikofaktorer redusert og livsstilsendringer bedre overholdt (Bårdsgjerde et al., 2020; Dagner et al., 2019; Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012).

Funnene viste at undervisningen inneholdt kunnskap om hva et hjerteinfarkt innebærer, medisinbruk, ernæring og fysisk aktivitet, røykeslutt, stresshåndtering og konsekvenser av alkoholforbruk (Doležel & Jarošová, 2019; Michelsen et al., 2018). Dette viser også resultatene i studien til Harbman (2014), som legger frem hvordan undervisning om reduksjon av risikofaktorer, ga positivt utslag på målet om vedvarende livsstilsendring. Dette innebar faktorer som røykeslutt, ønskelige fysiologiske verdier som blodtrykk og midjemål, anbefalt fysisk aktivitet og kosthold, samt medisinbruk og blodprøvekontroller.

Flere studier dokumenterte at kunnskap om sykdommen, hjerteinfarkt, var bedre etter undervisning og oppfølging. Ved mer kunnskap om sykdommen så man forbedringer i atferd som reduserer risikofaktorer for gjentakende hjerteinfarkt (Doležel & Jarošová, 2019; Uysal & Özcan, 2012). Resultatene i forskningen viste at undervisningen, inkludert informasjon og rådgivning, ga forbedring av livskvalitet og endring i livsstilen til pasientene (Uysal & Özcan, 2012). Videre viste funnene våre at informasjonen som ble gitt av sykepleier inneholdt rådgivning om hvordan pasienten skulle redusere risikofaktorer som røyking, høyt kolesterol, hypertensjon, alkoholinntak og overvekt. Råd- og veiledning i form av kostholdsveiledning, informasjon om fysisk aktivitet, medisinering og stressmestring var også en sentral del av undervisningen og sykepleiers ansvar i rehabiliteringen (Doležel & Jarošová, 2019; Uysal & Özcan, 2012).

Pasienter som fikk rådgivning og oppfølging, i form av brev og telefonkontakt hadde høyere deltakelse i sykehustreningen, reduksjon i det systoliske blodtrykket, totale kolesteroler og flere pasienter med røykeslutt (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014). Dette kunne man også se i studien til Michelsen et al. (2018), gjennom sykepleietiltak som undervisningstimer, brev om sunnere livsstil og telefonkontakt som resulterte i bedre overholdelse av medisinering i pasientgruppen. Bårdsgjerde et al.

(2020) viser til bekymrede sykepleiere som så at pasientene ikke fikk nok informasjon om viktigheten av overholdelse av medikamenter. De erfarte at pasientene sluttet å bruke medisinene sine etter utskrivelse. Samtidig viste resultatene ifra andre artikler at undervisning om medisiner og medisinoverholdelse påvirket rehabiliteringen ved større overholdelse og kontinuitet i bruken av medisinene (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Uysal & Özcan, 2012).

4.2 Individuell oppfølging og psykososal støtte

Flere av våre studier konkluderer med at individuell oppfølging og psykososial støtte er viktig sykepleiebidrag i rehabiliteringen av denne pasientgruppen (Bårdsgjerde et al., 2020; Dagner et al., 2019; Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012). Et fellestrekk i artiklene våre er at de legger vekt på en individualisert rehabilitering. En vesentlig del av den individuelle planen baserer seg på tidlig kartlegging av pasientens fysiske og psykiske tilstand i behandlingsforløpet (Bårdsgjerde et al., 2020; Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012).

Tilpasning av rehabiliteringen omfatter å identifisere hvilke behov og veiledning pasienten trenger i sin oppfølging og hvilke tiltak sykepleier bør iverksette for å tilpasse rehabiliteringen best mulig for hver enkelt pasient (Harbman, 2014; Oranta et al., 2011). Flere funn viste at kunnskap om også egen sykdom var nødvendig for å endre livsstil (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman; Uysal & Özcan, 2012). Sykepleiere oppfattet det ofte som vanskelig for pasientene å forstå viktig informasjon og alvorlighetsgraden av sykdommen i den akutte fasen. Dette gjaldt også pasientens mottakelighet av informasjon om sekundærforebygging i behandlingsfasen (Bårdsgjerde et al., 2020).

God informasjon dreier seg om å tilpasse informasjonen til pasienten, den bør være individuelt tilpasset (Bårdsgjerde et al., 2020; Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012). Pasientens egenskaper og erfaringer har stor betydning for pasientens videre atferd etter et hjerteinfarkt. Biologiske faktorer, fysisk kapasitet, demografisk plassering, pasientens psykososiale tilstand og sosiokulturelle forhold er individuelle egenskaper sykepleier må ta i betraktning i møte med pasienten (Sevinc & Argon, 2018). Studien til Sevinc & Argon (2018) viste også at for å kunne redusere risikofaktorer var troen på egne evner essensielt. Uysal & Özcan (2012) skriver at det bør gis mer fokus på målrettet og individuell undervisning til pasienter om risikofaktorer og livsstilsendringer.

I studien til Harbman (2014) jobbet sykepleieren med en pasientsentrert tilnærming. Sykepleieren fokuserte på pasientens behov og det ble satt av 30 til 60 minutter til hver pasient. Gjennom tilpasset veiledning på sykehuset, telefonkontakt og poliklinisk behandling ble deltakerne sine risikofaktorer redusert og livsstilsendringer bedre overholdt, samt bedre kunnskap om egen sykdom (Harbman, 2014.) Dette støttes av Sevinc & Argon (2018) sin forskning som viser at individuelle samtaler og rådgivning til familie førte til reduksjon i risikofaktorer som røykestatus, trening, total kolesterol, midjeomkrets og HbA1C.

Etter ett års individuell oppfølging av sykepleier hadde pasientene kommet i gang med et sunnere kosthold og brukte medisinerne mer jevnlig (Doležel & Jarošová, 2019). Dette kan man også se i Uysal og Özcan (2012) sin studie som viser at individualiserte treningsplaner, informasjon om hjerteinfarkt, medisiner, stresshåndtering og risikofaktorer må iverksettes for å se vedvarende livsstilsendringer. Dagner et al. (2019) viser til lav aktivitet hos pasienter tiden etter utskrivelse. Problemer med smerter, angst, mobilitetsproblemer og høy alder var utslagsgivende. Oranta et al. (2011) forteller at hvis sykepleier skal kunne bidra til livsstilsendringer må man også fremme livskvaliteten. Det kommer frem at rådgivningstimer og telefonsamtaler med sykepleier med fokus på å håndtere depressive symptomer, har positiv effekt på livskvaliteten hos pasienter under 60 år (Oranta et al., 2011). Et av funnene var at involvering av pårørende visste seg å gi en positiv innvirkning på etterlevelse av behandlingen. Positiv innflytelse fra venner og familie ble sett i sammenheng med større funksjonell kapasitet, vilje til forpliktelse og overholdelse av vedvarende livsstilsendringer (Bårdsgjerde et al., 2020; Harbman, 2014; Sevinc & Argon, 2018).

4.3 Brukermedvirkning og motivasjon for rehabilitering

Brukermedvirkning og motivasjon for behandling er et sentralt funn. Flere av studiene i denne oppgaven trekker inn brukermedvirkning og pasientens autonomi som en viktig del av den rehabiliterende fasen etter et hjerteinfarkt (Bårdsgjerde et al., 2020; Doležel et al., 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012).

Flere av våre artikler viser at økt brukermedvirkning fremmer selvbestemmelse i rehabiliteringsfasen etter et hjerteinfarkt (Bårdsgjerde et al., 2020; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018). Sevinc & Argon (2018) legger vekt på at en vesentlig del av sykepleiers funksjon og ansvar er å bidra til motivasjon og handlingslyst som bedrer pasientens tro på egne evner. Dette vil igjen være svært hensiktsmessig når pasienten gjennomgår en livsstilsendring. Bårdsgjerde et al. (2020) skriver at brukermedvirkning er en viktig faktor for å optimalisere hjerterehabiliteringen. Denne påstanden underbygges ytterligere av Oranta et al. (2011) og Uysal og Özcan (2012) som viser til resultater der pasientene som fikk tilpasset oppfølgingen etter hjerteinfarkt med økt fokus på mellommenneskelig rådgivning mellom sykepleier og pasient fikk forbedret egenomsorg og mobilitet sammenlignet med pasientgruppen som ikke fikk det. Denne endringen viste seg videre å føre til forbedring av pasientens livskvalitet og redusere risikofaktorer.

I studien til Bårdsgjerde et al. (2020) ble sykepleiernes oppfatning av pasientdeltagelse i de ulike fasene av hjerteinfarkt identifisert. Sykepleierne forklarer at mangel på medisinsk kunnskap kan være en barriere for felles beslutningstaking og at helsepersonell derfor ofte tar beslutninger på vegne av pasientene. I de fleste av studiene ble det brukt en pasientsentrert tilnærming i rehabiliteringen. (Doležel et al., 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012). Et av funnene var at pasientens egen motivasjon og engasjement var en viktig faktor for sykepleiers arbeid og ble beskrevet av en sykepleier slik; «vi kan ikke gjøre endringer hvis pasientene ikke tar del i det» (Bårdsgjerde et al., 2020).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I søkeprosessen ha vi vært svært kritiske, kanskje til tider for kritiske. Det har ført til at vi har brukt lang tid på å bestemme oss for hvilke artikler vi virkelig vil ha med. Rehabilitering av hjerteinfarkt er et stort tema, og har derfor stilt oss kritiske til om artiklene vi har funnet er de beste innenfor det valgte temaet. Noen artikler har vi lagt bort, som senere er blitt tatt opp igjen. Det ser vi på som en styrke. Samtidig føler vi at vi har fått god oversikt over hva som er å finne av forskning om hjerteinfarkt og rehabilitering. Noen søk har mange treff, det kan være både en svakhet og en styrke. En svakhet fordi det er mange artikler å gå gjennom, og det kan være mulig vi overser noen som kunne vært relevante. Samtidig kan det ses på som en styrke, da vi virkelige får gått igjennom av hva som finnes av forskning på temaet. I ettertid ser vi at i utarbeidelsen av PIO-skjemaet og søkeord kunne vi gjort det litt annerledes. For eksempel kunne vi satt søkeordet «rehabilitation» under intervention i skjemaet, og «mental health» og «health promotion» i outcome fra starten av. Men siden vi bruker «AND» kan det være av mindre betydning. I oppgaven har vi valgt å inkludere sju kvantitative artikler og en kvalitativ. Flere av de kvantitative artiklene er små studier, og det kan stilles spørsmål om det representerer mangfoldet. Vi ser i ettertid at vi også med fordel kunne inkludert flere kvalitative studier, for å ha mulighet til å bygge opp de kvantitative funnene med flere sykepleiers erfaringer.

Det har vært å foretrekke forskning fra Europa, slik at forskningen er relevant og kan i størst mulig grad overføres til det norske helsevesenet. Vi har valgt å inkludere en artikkel fra Canada med bakgrunn i at det er et land som har overføringsverdi til det norske helsevesenet. I litteraturstudien har vi også valgt å inkludere tre artikler fra Tyrkia. Deler av Tyrkia regnes som en del av Europa og forskningen kan dermed anses å overholde europeiske krav til forskning. Likevel kan det være vanskelig å sammenligne det tyrkiske og norske helsevesenet på grunn av store kulturforskjeller, og vi følte oss usikre på om vi skulle ta de med. Vi har likevel valgt å ha med disse artiklene da vi synes forskningen og resultatene trakk frem gode argumenter og begrunnelser som kan trekkes inn som relevante bidrag til sykepleiers funksjon ved rehabilitering av hjertesyke pasienter. Samtidig underbygger resultatene de andre funnene vi har. Vi har med en artikkel som ikke er etisk godkjent fra en etisk komite, men gjennom Helsinkideklarasjonen. Dette kan være en svakhet i oppgaven, men som sykepleierstudenter tenker vi at man ikke skal overprøve et velkjent tidsskrift som allerede har godkjent artikkelen.

Vi har hovedsakelig brukt primærkilder med et unntak. I beskrivelsen av Orems egenomsorg har vi brukt Cavanagh (2001) som er en sekundærkilde, og har tatt i betraktning at teksten er forstått og bearbeidet av noen andre enn primærkilden.

5.2 Resultatdiskusjon

Ut ifra vår problemstilling; «Hvordan kan sykepleier legge til rette for rehabilitering hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?», har vi valgt å dele resultatdiskusjon i tre deler som tar utgangspunkt i de sentrale funnene i resultatdelen. I første del vil vi diskutere hvordan veiledning og undervisning kan påvirke rehabiliteringen, i andre del snakker vi om hvordan individuell oppfølging og psykososial støtte kan påvirke rehabilitering. I den tredje delen ønsker vi å løfte hvordan brukermedvirkning og motivasjon har betydning for tilretteleggingen av rehabilitering etter et hjerteinfarkt.

5.2.1 Veiledning og undervisning

Funnene i vår studie har vist at undervisning og veiledning er et sentralt sykepleiebidrag til denne pasientgruppen, for å forebygge ytterlige skade og infarkt. Med veiledning og undervisning menes informasjon og rådgivning samt undervisningstimer om sykdommen, risikofaktorer og livsstilsendringer (Bårdsgjerde et al., 2020; Dagner et al., 2019; Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012). Dette er i samsvar med Kjetland og Nordstad (2017, s. 499), som sier at informasjon, veiledning og undervisning er en viktig del av sykepleiers ansvar i arbeidet til pasienter med hjertesykdom. På bakgrunn av dette, bør sykepleier etterstrebe å gi informasjon som er forståelig og i et dagligdags språk. Dette er med på å informere pasienten, samt skape forutsigbarhet og kontroll (Stubberud, 2019, s. 89).

Pasienter har rett til å få informasjon om behandlingstiltak, prosedyrer, undersøkelser og behandlingsforløp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, §3-2). I flere av våre studier var undervisning og informasjon viktig også etter utskrivelse for å kunne vite hvordan livsstilsendringer kunne overholdes. Jevnlige oppfølginger med undervisning og informasjon av sykepleier viste å gi resultater i form av bedre kunnskap om sykdommen, reduksjon i risikofaktorer og bedre overholdelse av livsstilsendringer (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Uysal & Özcan, 2012). For å kunne yte god kontinuerlig sykepleie i form av undervisning og informasjon tenker vi derfor at det kan være lurt at sykepleier starter planleggingen av undervisningen allerede når pasienten enda er innlagt på sykehuset. Gjennom å planlegge kan man sikre kontinuitet i oppfølgingen i pasientens behandling slik at pasienten opplever forutsigbarhet og stabilitet i pasientforløpet (Stubberud, 2019, s. 95). På bakgrunn av funn og teori anser vi bruk av motiverende intervju, for å gi støtte og veiledning, som et viktig verktøy for sykepleier i dialog og veiledning av pasienter med hjertesykdom.

Kunnskap om sykdommen viste seg å være en viktig del av undervisningen i rehabiliteringen, som førte til livsstilsendringer (Bårdsgjerde et al., 2020; Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012). Ifølge Stubberud (2019, s. 89) kan pasientinformasjon bidra til å øke oversikten over situasjonen og skape bedre kontroll. En viktig del av sykepleiers ansvar ved hjerterehabilitering er derfor at sykepleier er klar over hva undervisningen bør inneholde, samt sammenhengen mellom livsstil og hjertesykdom (Stubberud, 2017, s. 40). Funnene i våre artikler viste at informasjonen

som ble gitt av sykepleier tok for seg hvordan pasienten skulle redusere risikofaktorer som røyking, høyt kolesterol, hypertensjon, alkoholinntak og overvekt. Råd og veiledning i form av kostholdsveiledning, informasjon om fysisk aktivitet, medisiner og stressmestring var også en sentral del av undervisningen og sykepleiers ansvar i rehabiliteringen (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014). På bakgrunn av dette tenker vi at sykepleier bør være bevisst på hvilken informasjon som skal gis til pasienten. Sykepleier kan utføre disse intervensjonene gjennom blant annet telefonkontakt, undervisningstimer i grupper og en til en, Power Points, brosjyrer og brev. Undervisningen bør også inneholde kunnskap om hvordan hjertet ser ut og fungerer, hva et infarkt er og hvilke konsekvenser det har for hjertets funksjon (Kristoffersen, 2017, s. 256).

Bårdsgjerde et al. (2020) viser til bekymrede sykepleiere som så at pasientene ikke fikk nok informasjon om viktigheten av overholdelse av medikamenter. De erfarte at pasientene sluttet å bruke medisinene sine etter utskrivelse. Videre viste våre resultater at med større fokus og implementering av undervisning om medisiner og medisinoverholdelse fikk pasientene bedre kontinuitet og overholdelse av medisinene (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Uysal & Özcan, 2012). Dette samsvarer med Stubberud og Ellingsen (2017 s. 432), som sier at pasienten trenger kunnskap om legemiddelbruken, og hva som fremmer medikamentenes terapeutiske effekt. Det vil være viktig med kunnskap om medikamenter for at pasienten skal kunne administrere medikamentene selv og leve etter anbefalte livsstilsråd. Vi ser derfor viktigheten av videre oppfølging av pasienter med informasjon om medisin og medisinoverholdelse også etter utskrivelse. Våre erfaringer fra sykehus med pasienter med hjertesykdom tilsier at pasienten gjerne tar medisinene fordi de får beskjed om det, uten helt å skjønne hvilke virkninger og bivirkninger legemidlet gir. Folkehelse rapporten legger frem at så mange som 1,1 millioner mennesker i Norge får behandling med legemidler for hjerte-og karsykdommer (FHI, 2018). At en femtedel av Norges befolkningen bruker legemidler for hjerte-og karsykdommer ser vi som en sterk indikator på viktigheten av økt fokus på tilrettelagt undervisning om medisiner og medisinoverholdelse. Ut ifra dette vil det være lurt at sykepleier legger vekt på at undervisningen inneholder informasjon om bivirkninger og anbefalt overholdelse av legemidlene. Det er lettere for pasienten å overholde endringer når vedkommende har forståelse av endringens konsekvenser. Det kan også være lurt at sykepleier bruker skriftlig informasjon som et hjelpemiddel, slik at det er lettere for pasienten å repetere i ettertid.

5.2.2 Individuell oppfølging og psykososial støtte

Forskning viser at individuell oppfølging er avgjørende i rehabiliteringen (Bårdsgjerde et al., 2020; Dagner et al., 2019; Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan, 2012). Som nevnt tidligere er kunnskap om sykdommen viktig for reduksjon av risikofaktorer og overholdelse av livsstilsendringer. Samtidig viser flere av artiklene at ikke bare kunnskap om selve sykdommen, men også om egen sykdom er nødvendig for å danne grunnlaget for en ny hjertevennlig livsstil (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman; Uysal & Özcan, 2012). Orem legger vekt på at å veilede pasienten er en rolle som krever at sykepleieren gir relevant informasjon eller råd, som kan hjelpe pasienten til å møte sine egne omsorgsbehov (Cavanagh, 2001, s. 33). Det hjelper lite å undervise og å veilede hvis ingen spør hvordan det oppleves for den enkelte. Kristoffersen (2017, s. 327) vektlegger

nødvendigheten av et skreddersydd opplegg til pasienter som må legge om til en mer helsefremmende livsstil. Kunnskapen må nås til den enkelte pasient, og sykepleier bør alltid tenke at hvert enkelt individ har sin egen sykdom med potensielt ulike utfall. Ofte er informasjonen basert på standardiserte retningslinjer og tar ikke hensyn til pasientens integritet og individuelle behov (Stubberud, 2019, s.88). På bakgrunn av dette ser vi at det kan være viktig at kunnskapen individualiseres og tilpasses til den enkelte pasient. Det betyr at generalisert informasjon kommer til kort når pasienten skal følges opp over tid og samtidig overholde livsstilsendringene. Neste steget i undervisningen kan for sykepleier derfor være å tilpasse informasjon. Det kan derfor være hensiktsmessig at sykepleier spør pasienten om deres opplevelse av rehabiliteringen, for at man skal kunne jobbe videre med konkrete, tilrettelagte tiltak.

Etter utskrivelse kan angst, depresjon og usikkerhet prege hverdagen den første tiden etter utskrivelse for mange pasienter (Stubberud & Ellingsen, 2017, s. 439). Dagner et al. (2019) kan fortelle at faktorer som angst, depresjon og bevegelighetsproblemer er årsaker til at pasienter etter utskrivelse har lav fysisk aktivitet. Som Mæland (2006, s.11) sier så skal helhetlig hjerterehabilitering motvirke både fysisk og psykososiale følger av sykdommen. Dette samsvarer også med Orem som vektlegger at en av sykepleierens viktigste oppgaver er psykisk støtte (Cavanagh, 2001, s.17). Vi tenker derfor at sykepleier bør sette av god tid til å lytte til pasienten og til å stille spørsmål om hvordan pasienten opplever den nye hverdagen. Våre funn viser at støtte og ivaretagelse av pasientens psykososiale behov også er en viktig del av sykepleiers arbeid ved rehabilitering av hjertesykdom (Doležel & Jarošová, 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018). Stubberud (2019, s. 88) skriver at målet med å ivareta pasientens psykososiale behov er å gi sykepleie som begrenser omfanget av negative stressfaktorer og hjelpe pasienten til å mestre situasjonen best mulig. For at pasienten skal mestre situasjonen og at sykepleier skal gi kunne psykososial støtte, er tillit grunnleggende i kommunikasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 28). Vi tenker at det kan være nødvendig at sykepleier viser tilstedeværelse og interesse under samtalen. Sykepleier bør også vise forståelse og lære pasienten å kjenne.

Pasienter som opplever å være bekymret og engstelige, er ofte mindre mottagelige for informasjon inntil de har fått kontroll over situasjonen, noe som gjerne kommer i sammenheng med at de føler seg tryggere (Stubberud & Ellingsen, 2017, s. 428). Bårdsgjerde et al. (2020) trekker frem at sykepleierne oppfattet det som vanskelig for pasientene å forstå viktigheten av informasjonen de fikk. Sykepleierne måtte derfor ofte gjenta informasjonen. Pasient- og brukerrettighetsloven (2021, §3-5) lovfester at pasienten har rett til tilpasset informasjon og at helsepersonell, så langt det lar seg gjøre, sikrer at mottageren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. Den såkalte transteoretiske modellen legger vekt på å anerkjenne at pasienten går gjennom ulike stadier av endringsprosessen og er avgjørende for å kunne tilpasse informasjonen (Gammersvik, 2018, s. 216). For at sykepleier skal kunne veilede i de ulike fasene er en viktig oppgave å informere, motivere og utfordre til refleksjon. Uansett hvilken fase pasienten er i, bør sykepleier vise empati og gi støtte (Eide & Eide, 2017, s. 262). Det hjelper lite å gi informasjon, hvis pasienten ikke er mottakelig for det. Vi tenker på bakgrunn av dette at sykepleier bør bruke denne modellen aktivt i rådgivning og ved informasjon. Dette medfører at sykepleier bør forsikre seg om at informasjonen er forstått ved at pasienten for eksempel kan gjenta viktige holdepunkter i informasjonen som er gitt.

Studien til Sevinc og Argon (2018) viste at for å kunne redusere risikofaktorer var troen på egne evner essensielt. Viktige forutsetninger for det var individuelle treningsprogram og samtaler med sykepleier. Effektene av individuell tilpasset veiledning viste også at evnen til egenomsorg økte blant pasientene (Oranta et al., 2011). Dette samsvarer med Wormnes og Manger (2005, s. 11) som sier at et helhetsperspektiv på mennesket må være et samspill mellom det psykiske, fysiske og de sosiale omgivelsene vi er en del av. Sykdom kan svekke oss mentalt, og omvendt kan psykiske kvaliteter innvirke på hvordan vi velger å bruke våre egne fysiske egenskaper. Det hjelper lite å lage et treningsprogram hvis ingen spør pasienten hvordan dette oppleves for den enkelte eller om pasienten selv har troen på en forandring. Dette bekrefter Kristoffersen (2017, s. 314) som sier at for å kunne mestre situasjoner må det være en indre overbevisning om troen på egne evner. På bakgrunn av dette tenker vi at det å se hele mennesket når det skal veiledes og undervises vil være et viktig tiltak til denne pasientgruppen. Det innebærer blant annet at man må få tak i den enkelte, det egne hos hver enkelt pasient. Sykepleier kan gjøre det ved å spørre om hva pasienten selv tenker om forandringene.

Et helhetsperspektiv krever også involvering av pårørende. For at pårørende skal kunne støtte pasienten i rehabilitering vil de ha behov for informasjon om pasientens tilstand og behandling (Stubberud, 2019, s. 183) Et funn i studien viste at involvering av pårørende var et positivt bidrag til rehabiliteringen (Sevinc & Argon, 2018; Bårdsgjerde et al., 2020). Vi anser det derfor som viktig å invitere pårørende inn som deltager i undervisningen, og holde pårørende informert om pasientens sykdomsutvikling der pasientens har gitt samtykke til videreformidling av sykdomsopplysninger.

5.2.3 Brukermedvirkning og motivasjon for rehabilitering

Våre funn i studien om hjerterehabilitering viser at brukermedvirkning og pasientens autonomi er en viktig del av den rehabiliterende fasen etter et hjerteinfarkt (Bårdsgjerde et al., 2020; Doležel et al., 2019; Harbman, 2014; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018; Uysal & Özcan 2012). Stubberud (2017, s.363) underbygger resultatene og skriver at målet er å involvere pasienten til å være en aktiv del av den rehabiliterende prosessen ved hjertesykdom. Det betyr at sykepleier bør legge til rette for rehabilitering på pasientens vilkår og styrke pasientens motivasjon for å kunne ivareta sin egenomsorg. En viktig oppgave for sykepleier blir dermed å fremme pasientens autonomi. Dette skriver Stubberud (2017, s. 364) kan gjøres i form av oppmuntring og synliggjøring av fremskritt. En generell forutsetning for autonomi og selvbestemmelse er at pasienten har forståelse og innsikt i egen sykdom og forstår konsekvensene av bestemmelsen som fattes. Vi tolker det derfor dit hen at sykepleier bør hjelpe pasienten til å bli bevisst på sine egne ressurser. For at pasienten skal ta eierskap over egen sykdom, tror vi også det kan være hensiktsmessig at sykepleier forklarer hvorfor pasienten opplever de følelsene som ofte oppstår etter et hjerteinfarkt. Dette kan sykepleier for eksempel gjøre gjennom å forklare pasienten, hvorfor akkurat han eller hun blir kjenner på ubehag og redsel knyttet til sykdommen.

Flere av våre artikler viser at økt pasientmedvirkning fremmer selvbestemmelse i rehabiliteringsfasen etter et hjerteinfarkt (Bårdsgjerde et al., 2020; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon, 2018). Kristoffersen (2017, s. 352) skriver at å respektere pasientens autonome valg handler om å anerkjenne pasientens eget perspektiv og opplevelse av sykdommen. Det betyr at sykepleier bør tilpasse rehabiliteringen på pasientens vilkår i

den grad det er mulig. Samtidig kommer det frem i Bårdsgjerde et al. (2020) at mangel på kunnskap kunne være en barriere for felles beslutningstaking. Pasienten vil derfor trenge støtte og oppmuntring i en krevende livssituasjon og sykepleier bør etterstrebe og skape en trygg relasjon som bidrar til motivasjon og drivkraft til selvbestemmelse hos pasienten. Et tilbakefall kan tolkes av pasienten som et stort nederlag og sykepleier bør derfor, i starten av rehabiliteringsfasen, hjelpe pasienten til å sette seg kortsiktige mål som er lett gjennomførbare. Gjennomføringen av de kortsiktige målsetningene vil bidra til mestring og en styrket tro på at de langsiktige målene også vil være oppnåelige (Mæland, 2006, s. 134). Utfra dette tenker vi det er nødvendig at sykepleier bevisstgjør pasienten slik at vedkommende har de verktøyene som trengs for å ta egne valg og kontroll over sin egen sykdom.

Et økt fokus på brukermedvirkning og autonomi gjør at sykepleier i større grad må bevisstgjøre pasienten til å bli en aktiv del av tilretteleggingen og tilpasningen av hjerterehabiliteringen. Resultatene fra litteraturstudien viser at en pasientsentrert tilnærming i sykepleietiltakene er viktig for å optimalisere hjerterehabiliteringen og fremme motivasjon for deltakelse (Bårdsgjerde et al., 2020; Doležel et al., 2019; Harbman; Michelsen et al., 2018; Oranta et al., 2011; Sevinc & Argon 2018; Uysal et al., 2012;). Stubberud og Ellingsen (2017, s. 425) støtter dette og skriver at deltagelse i et strukturert rehabiliteringsprogram har en positiv effekt for utvikling av pasientens kunnskap og brukermedvirkning. Sykepleiers rolle blir i en slik sammenheng å sørge for at pasientens egenomsorgsevne er til stede og deretter gi støtte og veiledning slik at denne videreutvikles. Det er pasienten selv som må utføre handlinger i praksis som fører til styrket egenomsorg, men sykepleier bør tilstrebe å fremme pasientens vilje og motivasjon til å gjennomføre behandlingen på pasientens vilkår (Cavanagh, 2001, s. 43). For å få til aktiv deltagelse i behandlingen bør sykepleier dermed tilrettelegge og gjennomføre handlinger som anerkjenner og stimulerer pasienten til å ta egne avgjørelser. Som nevnt tidligere er både kunnskap om infarkt, men også egen sykdom viktig. Vi tenker derfor at sykepleier også bør tilstrebe å fremme pasientens motivasjon gjennom å styrke pasienten kompetanse om egen sykdom og egne forutsetninger. Det vil være hensiktsmessig å fokusere på hvilke muligheter og løsninger som er oppnåelige, slik at pasienten kjenner på eierskap over egen sykdom og at livsstilsendringene er mulige å gjennomføre.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi fokusert på hvordan sykepleier kan legge til rette for rehabilitering etter hjerteinfarkt. Vi har belyst tre primære sykepleietiltak; 1) undervisning og veiledning, 2) individuell oppfølging og psykososial støtte og 3) brukermedvirkning og motivasjon for veiledning. Vi har sett at konsekvenser for sykepleien vil være å inkludere undervisning om sykdommen, risikofaktorer og livsstilsendringer. Samtidig må undervisningen ha et individuelt preg og tilpasning overfor hver enkelt pasient. Hver pasient har sine unike forutsetninger og evner for å lykkes og det er derfor viktig med individualisert behandling og psykososial støtte. Endringer handler om at pasient må ta eierskap over egen sykdom. Dette forutsetter at sykepleier fremmer aksept for egen situasjon og eget ansvar for å gjøre nødvendige tiltak. Det innebærer også at sykepleier finner fram til hva som engasjerer pasienten tilstrekkelig til å gjøre de tiltakene som er nødvendig.

Med bakgrunn studien vi har gjort tenker vi at videre forskning kan undersøke hvordan implimentering av digitale løsninger kan fungere i lys av Covid-19-pandemien. Vi vet av erfaring fra sykehusene at mye av oppfølgingen av pasienter nå skjer digitalt og lurer på hvordan dette påvirker pasientens oppfølging og opplevelse av behandlingen. Videre ser man også at stadig mer av behandlingen som nå skjer i spesialisthelsetjenesten flyttes over til kommunehelsetjenesten. Dette gjør at hjemmetjenesten i årene fremover sannsynligvis vil overta en større del av oppfølgingen av hjertepasienter. Vi lurer derfor på hvordan for eksempel medisiner og medisineroverholdelse hos hjertepasienter kan ivaretas på best mulig måte av hjemmetjenesten?

Referanser

- Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, H., Nylenna, M., Gjeilo, K. H. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' perceptions of patients participation in the myocardial infarction pathway. *Nursing open*, 7(5), 1606 – 1615. <https://doi.org/10.1002/nop2.544>
- Cavanagh, S. J. (2001). *Orems sykepleiermodell i praksis*. Gyldendal Akademisk
- Dagner, V., Clausson, E. K. & Jakobsson, L. (2019). Prescribed physical activity maintenance following exercise based cardiac rehabilitation: factors predicting low physical activity. *European Journal of cardiovascular Nursing*, 18(1), 21-27. <https://doi.org/10.1177/1474515118783936>
- Den Norske Legeforening. (2012, 2. februar). *Helsinkideklarasjonen*. <https://www.legeforening.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Doležel, J. & Jarošová, D. (2019). Educational Process In Patients After Myocardial Infarction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(2), 1026-1034. 10.15452/CEJNM.2019.10.0010
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3.utg.). Gyldendal Akademisk
- Eikeland, A., Stubberud, D-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdom. I Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 229-280). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data. *Australian Journal of Advanced nursing* 20(2), 22-26. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge 2018*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4.utg.). Natur & Kultur.
- Gammersvik, Å. (2018). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Larsen, T. B (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2.utg, s. 202-220). Fagbokforlaget.
- Harbman, P. (2014). The development and testing of nurse practioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1542 – 1556. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004>

- Haugan, P. S. & Sætertrø, O. (2018). Motiverende intervju – helsefremmende samtale. I Larsen, T. B (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2.utg, s. 259-275). Fagbokforlaget.
- Kjetland, M. B. & Norstad, M. G. (2017). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 447-514). Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Livsstil og endring av livsstil. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 295-348). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Stress og mestring. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 237-294). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 349-406). Gyldendal Akademisk.
- Michelsen, H. Ö., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A. & Leosdottir, M. (2018). Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to traditional care: a retrospective observational study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 18(167). <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0907-0>
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2.utg.). Høyskoleforlaget.
- Norsk hjerteinfarktregister. (2019, 1. oktober). *Årsrapport 2018. Med plan for forbedringstiltak*. https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2_arsrapport_2018_hjerteinfarkt_1.pdf
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-39). Gyldendal akademisk.
- Oranta, O., Luttonen, S., Salokangas, R, KR., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2011). The effects of interpersonal counselling on health-related quality of life after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3373-3382. [10.1111/j.1365-2702.2011.03798.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03798.x)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2020-12-04-134). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Romsland, G. I., Dahl, I. & Slettebø, Å. (2016). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.
- Sevinc, S. & Argon, G. (2018). Application of Pender's Health Promotion Model to Post-Myocard Infarction Patients in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 409- 418.
- Stubberud, D-G. (2019). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 179-201). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2019). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 48-77). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2017). Sykepleierens funksjon og ansvar ved primærforebygging av hjertesykdom. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 40-53). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 78-126). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2017). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 334-393). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D-G. & Ellingsen, T-L. (2017). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422-446). Cappelen Damm Akademisk.
- Søk & Skriv. (2020, 19. Oktober) *IMRAD-modellen*.
<https://sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#diskusjon>
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Larsen, T. B (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2.utg, s. 237-258). Fagbokforlaget.
- Uysal, H. & Özcan, S. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 445–453. 10.1111/j.1440-172X.2012.02058.x
- Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring – Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Fagbokforlaget
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2017). Hjerter- og karsykdommer. I Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 163-199). Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	leste artikler	Inkluderte artikler
Myocardial Infarction OR Heart Attack AND Nursing AND Rehabilitation	25.11.20	CINAHL Complete	81	15	5	<p>Artikkel 1 Doležel, J. & Jarošová, D. (2019).</p> <p>Artikkel 2 Harbman, P. (2014).</p> <p>Artikkel 3 Dagner, V., Clausson, E. K. & Jakobsson, L. (2019).</p> <p>Artikkel 4 Michelsen, H. Ö., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A. & Leosdottir, M. (2018).</p>
Myocardial Infarction OR Heart attack AND nursing AND rehabilitation OR Cardiac rehabilitation	27.11.20	PubMed	191	27	8	<p>Artikkel 5 Uysal, H. & Özcan, S. (2012).</p> <p>Artikkel 6 Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, H., Nylenna, M., Gjeilo, K. H. & Kvangarsnes, M. (2020).</p>
Myocardial infarction OR Heart attack AND Nursing AND Mental Health	10.04.21	CINAHL Complete	5	5	2	<p>Artikkel 7 Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R. KR., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2011).</p>
Myocardial Infarction OR Heart Attack AND Nursing AND Health Promotion	10.04.21	CINAHL Complete	18	7	2	<p>Artikkel 8 Sevinc, S. & Argon, G. (2018).</p>

Vedlegg 2

Artikkel 1 Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Doležel, J. & Jarošová, D. (2019). Educational Process In Patients After Myocardial Infarction. <i>Central European Journal of Nursing and Midwifery</i>, 10(2), 1026-1034.</p> <p>10.15452/CEJNM.2019.10.0010</p>	<p>Studien ville undersøke effekten av utdanning i risikofaktorer og overholdelse av livsstilsendringer hos pasienter med hjerteinfarkt. Det var utdanning om risikofaktorer, livsstilsendringer, medikamenter, fysisk aktivitet og symptomer på nye hjerteinfarkt.</p>	<p>Education, Intervention, Myocardial Infarction, Nurse, Patient, Secondary prevention</p>	<p>Data ble samlet på Universitetssykehuset Ostrava</p> <p>En gruppe på 165 pasienter, innlagt for akutt hjerteinfarkt, ble delt inn i to grupper. En intervensjonsgruppe på 68 deltakere, og en kontrollgruppe på 97 deltakere.</p> <p>Intervensjonsgruppen ble utdannet av en sykepleier under sykehusoppholdet og fikk oppfølging etter en, seks og tolv måneder, på poliklinikk. Kontrollgruppen ble kontaktet per telefon for kontrollmålinger tolv måneder etter hjerteinfarkt, men fikk ingen utdanning som intervensjonsgruppen.</p>	<p>Resultatene fra intervensjonsgruppen viste at etter et års individuell oppfølging hadde de blant annet bedre kunnskap om hjerteinfarkt, brukte medisinerne mer regelmessig, lavere BMI, lavere totalt kolestrolnivået enn kontrollgruppen. Det systoliske blodtrykket hadde også gått ned hos intervensjonsgruppen.</p> <p>Sekundær forebygging i form av undervisning av sykepleiere, om temaer som hjertesykdom, regelmessig bruk av medisiner, blodtrykkskontroller, BMI, kolesterol, røykeslutt og fysisk aktivitet viser seg å ha gunstige effekter hos pasientene.</p>	<p>Jevnlig undervisning og oppfølging er et sentralt sykepleiebidrag. Pasientene oppnår bedre kunnskap om både sykdommen og sin egen helsetilstand, og hvordan man unngår ytterligere hjertesykdom og nye infarkt.</p> <p>Den viser at undervisning og oppfølging utført av sykepleier er viktig.</p>

Vedlegg 3

Artikkel 2 Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Harbman, P. (2014). The development and testing of nurse practioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 51(12), 1542 – 1556.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004</p>	<p>Hensikten med studien var å evaluere effekten av sykepleietiltak hos pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt.</p> <p>Dette basert på sekundærforebygginge tiltak som har vist å gi effekt tidligere.</p>	<p>Acute myocardial infarction, cohort design, guideline adherence, nurse practitioner, risk factors, Secondary prevention.</p>	<p>To pasientgrupper som begge hadde hatt hjerteinfarkt ble sammenlignet. Den ene gruppen fikk individuell og jevnlig oppfølging av sykepleier, den andre gruppen fikk vanlig pleie i samsvar med sykehusets retningslinjer som er beskrevet i artikkelen.</p> <p>Data ble hentet fra 65 pasienter med hjerteinfarkt som var innlagt på et sykehus. Pasienten ble rekruttert fortløpende.</p> <p>Et oppfølgingsprogram utført av sykepleier ble utført en uke, to uker, seks uker og 3 måneder etter utskrivelse fra sykehus.</p>	<p>Studien legger frem at individuelle sykepleietiltak forbedret oppnåelsen av følgende mål sammenlignet med vanlig pleie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Røykeslutt - Blodtrykk - Større deltakelse i hjerterehabilitering - Fysisk aktivitet - Triglyseridnivåer 	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den forteller oss hvilke sykepleietiltak ved et hjerteinfarkt som viser seg å ha god effekt og er sentrale i rehabiliteringen.</p>

Vedlegg 4

Artikkel 3 Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Dagner, V., Clausson, E. K. & Jakobsson, L. (2019). Prescribed physical activity maintenance following exercise based cardiac rehabilitation: factors predicting low physical activity. <i>European Journal of cardiovascular Nursing</i>, 18(1), 21-27.</p> <p>https://doi.org/10.1177/1474515118783936</p>	<p>Fysisk aktivitet er viktig for å redusere dødelighet, sykdom og risikofaktorer hos pasienter med koronar hjertesykdom. Denne artikkelen evaluerer i hvilken grad pasienter fremdeles er fysisk aktive etter et treningsbasert hjerterehabiliterings program 12-14 måneder etter et hjerteinfarkt og faktorer som indiserer inaktivitet.</p>	<p>Myocardial infarction, cardiac rehabilitation, prescribed physical activity, registry study, nursing, health-related quality of life, specialist nursing competence.</p>	<p>Data ble hentet fra National Quality Registry Swedeheart fra 365 pasienter, med hjerteinfarkt innlagt på sykehus mellom juli 2012 til november 2014.</p>	<p>Aktiviteten var lav. Det vil si null til tre ganger per uke hos eldre pasienter over 64 år, og hos dem som hadde smerter, mobilitetsproblemer og angst/depresjon.</p> <p>Studien legger frem at indikatorer som forutsier lav fysisk aktivitet kan brukes til å målrettet forbedre omsorgen etter et hjerteinfarkt og brukes til å forbedre pasiententrerte rehabiliteringsprogram mer.</p>	<p>Er mer et pasienterspektiv Fysisk aktivitet er en viktig faktor for å redusere risikofaktorer for et nytt hjerteinfarkt hos pasienter med koronar hjertesykdom.</p> <p>Den er også relevant for den sier noe om hvilke faktorer som forutsier til lav fysisk aktivitet, og som dermed vil være viktig for sykepleier å ha kunnskap om.</p>

Vedlegg 5

Artikkel 4 Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Michelsen, H. Ö., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A. & Leosdottir, M. (2018). Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to traditional care: a retrospective observational study. <i>BMC Cardiovascular Disorders</i>, 18(167).</p> <p>https://doi.org/10.1186/s12872-018-0907-0</p>	<p>Målet var å undersøke effekten av hjerterehabilitering, som var individuelt tilpasset, utført av sykepleiere. Dette basert på pasientens resultater. Kontra tradisjonell pleie etter et hjerteinfarkt.</p>	<p>Cardiac rehabilitation, Secondary prevention, Acute myocardial infarction, Cardiovascular risk factors, Nurse-led care.</p>	<p>En observasjonsstudie ble gjennomført, med totalt 217 pasienter med nylig oppstått akutt hjerteinfarkt. Gruppen ble delt med en tidslinje, der første del av pasientene fikk tradisjonell behandling i tråd med sykehusets standard. Andre del av pasientene fikk tilpasset hjerterehabilitering. Dette ble utført i løpet av en 14 måneders periode.</p>	<p>Studien viste at selvrappert medikamentinntak var lik, bortsett fra høyere inntak av Ezetimib hos gruppen med individuelt tilpasset hjerterehabilitering. Hos samme gruppe kom det også frem en senkning i systolisk blodtrykk og i total- og LDL-kolesterol etter første og andre sykepleierbesøk, etter at det ble gjort justeringer i hjertemedisin, samt høyere deltakelse i trening. Videre i samme gruppe var det større andel med røykestopp og høyere deltakelse i det sykehusbaserte treningsprogrammet. I artikkelen konkluderes det med at tilrettelagt og tilpasset hjerterehabilitering resulterte i livsstilsendringer og reduksjon i risikofaktorer.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for bacheloroppgaven fordi den tar for seg hvordan individuelt og tilpasset hjerterehabilitering kan redusere risikofaktorer og fremme livsstilsendringer.</p> <p>Den er også relevant for vi skal vurdere hvordan sykepleier kan legge til rette for rehabilitering, og i denne kommer det frem hvilke fordeler tilpasset hjerterehabilitering har, kontra den andre gruppen som fikk tradisjonell behandling.</p>

Vedlegg 6

Artikkel 5 Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Uysal, H. & Özcan, S. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 18(5), 445–453.</p> <p>doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02058.x</p>	<p>Studiens hensikt er å undersøke og identifisere effekten av individuelt tilpasset trenings- og oppfølgingsprogram hos pasienter som har opplevd et hjerteinfarkt og påfølgende endringer i livskvalitet.</p>	<p>Counselling, MIDAS, myocardial infarction, quality of life, training.</p>	<p>Undersøkelsen besto av 90 pasienter. 45 pasienter fikk individuelt tilpasset opplegg, og en kontrollgruppe på 45. Data ble samlet inn mellom april og november i 2008 ved hjelp av skjemaene: Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale, MIDAS, og Short Form SF-36.</p>	<p>Resultatene indikerte at individuell trening og rådgivning gitt til pasienter som hadde opplevd akutt hjerteinfarkt, førte til forbedring av livskvaliteten og reduserte risikofaktorer ved å øke atferd som fremmer livsstilsendringer.</p> <p>Studien anbefalte til slutt at slike programmer bør innføres hos pasienter med akutt hjerteinfarkt før utskrivelse fra sykehus.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant fordi den tar for seg hvilke tiltak som sykepleier kan gjennomføre og som har effekt i oppfølgingen etter et hjerteinfarkt sammenlignet med gruppen som ikke deltok i den jevnlig oppfølgingen.</p> <p>Resultatene i studien underbygger påstanden om at hjerterehabilitering har en god forebyggende effekt og forbedrer livskvaliteten til pasientene.</p>

Vedlegg 7

Artikkel 6 Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, H., Nylenna, M., Gjeilo, K. H. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' perceptions of patients participation in the myocardial infarction pathway. <i>Nursing open</i>, 7 (5), 1606 – 1615</p> <p>https://doi.org/10.1002/nop2.544</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske sykepleiernes oppfatning av pasientdeltagelse i forskjellige faser av hjertesykdom ved et hjerteinfarkt.</p>	<p>Focus group, myocardial infarction, myocardial infarction care, nurse perception, nurse perspective, nurses, nursing, patient involment, patient participation, qualitative research.</p>	<p>Studien hentet data fra fem fokusgrupper ved to sykehus, mellom februar og november 2018. Tjueto sykepleiere med erfaring fra sykepleie til hjertepasienter deltok. Analysen hadde en hermeneutisk tilnærming.</p>	<p>Funnene avslørte sykepleiernes oppfatning av pasientdeltagelse i forskjellige faser ved et hjerteinfarkt.</p> <p>Fire temaer ble identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Variasjon mellom paternalisme og autonomi i den akutte fasen. 2. Individualisering av dialog og pasientmedvirkning under behandlingen. 3. Manglende sammenheng i veien hindrer pasientens deltagelse ved utskrivelse. 4. Hjerterehabilitering fremmer pasientens autonome beslutninger i livsstilsendringer. 	<p>Artikkelen er relevant fordi den svarer på problemstillingen vi har valgt for oppgaven og belyser viktigheten av pasientdeltagelse og autonomi i de forskjellige fasene ved et hjerteinfarkt. Viser at sykepleier bør vite hvordan informasjonen skal gis og til hvilken tid. Artikkelen tar også for seg overholdelse av medikamenter og hvordan sykepleier bør legge til rette for undervisning.</p>

Vedlegg 8

Artikkel 7 Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Oranta, O., Luttonen, S., Salokangas, R., KR., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2011). The effects of interpersonal counselling on health-related quality of life after myocardial infarction. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 20(23-24), 3373-3382.</p> <p>10.1111/j.1365-2702.2011.03798.x</p>	<p>Målet med studien var å evaluere effekten av mellommenneskelig rådgivning mellom sykepleier og pasient om livskvalitet etter hjerteinfarkt.</p>	<p>Health-related quality of life, interpersonal counselling, myocardial infarction, patient, nurses, nursing.</p>	<p>Studien inkluderte 103 pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Disse ble så delt i to grupper. En intervensjonsgruppe med 51 pasienter og en kontrollgruppe på 52 pasienter.</p> <p>Intervensjonsgruppen fikk standardbehandling pluss rådgivningstimer av sykepleier. Minst en rådgivningstime på sykehus og etter utskrivning via telefon. Ikke mer enn seks økter totalt.</p> <p>Helserelatert livskvalitet ble målt med EQ-5D som gir en beskrivende profil og enkeltverdier på helsetilstander. Det ble gjort på sykehuset. Før oppstart av rådgivningstimene, seks og 18 måneder etter utskrivelse. Det består av blant annet av å måle graden deltakelse i dagligdagse aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depresjon. For å kartlegge depressive symptomer ble Beck's Depression Inventory brukt.</p>	<p>En økning i scoren av livskvalitet ble sett kun i intervensjonsgruppen, under seks og 18 måneders oppfølgingen.</p> <p>Hos pasienter over 60 var scoren av EQ-5D betydelig lavere enn hos yngre pasienter. Resultatene i studien viser at depresjon har større påvirkning på livskvalitet hos yngre pasienter, og mellommenneskelig rådgivning ser ut til å ha best effekt ved depressive symptomer blant yngre pasienter.</p>	<p>Artikkelen er relevant for studien fordi den viser at sykepleietiltak som individuell rådgivning, viser en økning i livskvalitet hos pasienter under 60 år som hadde gjennomgått hjerteinfarkt.</p> <p>Studien er utført i Finland som ikke er så ulikt helsevesenet vi har i Norge</p>

Vedlegg 9

Artikkel 8 Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Sevinc, S. & Argon, G. (2018). Application of Pender's Health Promotion Model to Post-Myocard Infarction Patients in Turkey. <i>International Journal of Caring Sciences</i>, 11(1), 409-418.</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke effektene av et teoretisk basert treningsprogram bygd på Pender's helsefremmende modell (Health promotion Model, HPM), samt individuelle samtaler for pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt.</p> <p>Dette basert på pasientens nivå av self-efficacy (en persons tro på egne evner), prognose, funksjonskapasitet og risikofaktorer for infarktspasienter.</p>	<p>Health Promotion, Myocardial Infarction, Nursing.</p>	<p>Det ble brukt et kvasi-eksperimentelt studiedesign for å teste faktorer, som påvirker helsefremmende adferd hos hjerteinfarktpasienter på State Hospital Cardiology Clinic.</p> <p>Utvalget besto av 70 pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, som ble delt i to grupper. En intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk behandling basert på HPM og individuelle samtaler.</p>	<p>Resultatene viste signifikante forskjeller hos intervensjonsgruppen kontra kontrollgruppen, når man sammenlignet gjentatte målinger av: røykestatus, trening, diettstatus, total kolesterol, midjeomkrets, HbA1C, funksjonskapasitet og tro på egne evner.</p> <p>De konkluderer med at sykepleiere bør bruke Penders's helsefremmende modell i arbeidet med hjertepasienter.</p>	<p>Denne studien viser at rehabilitering med tiltak som har fokus på å tro på egne evner, funksjonskapasitet og risikofaktorer med bakgrunn i HPM og individuelle samtaler er viktige tiltak sykepleiere må ha fokus på etter et hjerteinfarkt.</p>

