

10059  
Kristin Sollien

# Hvordan beskrive sykepleierens rolle i rehabiliteringen etter myokardinfarkt?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 6877

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Mai 2023



10059

Kristin Sollien

# **Hvordan beskrive sykepleierens rolle i rehabiliteringen etter myokard infarkt?**

Litteraturbachelor

Antall ord: 6877

Bacheloroppgave i Sykepleie

Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Innledning: Årlig får omtrent 12000 personer hjerteinfarkt i Norge, der de fleste sliter med langtidsvirkninger. Dermed er det mange pasienter i landet som har nytte av sykepleiere som er kjennskap til behovene som viser seg i det rehabiliterende forløpet. Denne studien forsøker å beskrive og sette søkelys på forskning rundt sykepleierens rolle i rehabiliteringen etter hjerteinfarkt.

Metode: En systematisk litteraturstudie ble gjort med utgangspunkt i 7 studier

Resultat: En viktig del av sykepleierens rolle i rehabilitering etter hjerteinfarkt er å veilede og undervise. Her var det å «motivere til rehabilitering», «gi en pasientsentrert oppfølging», og å «samarbeide med pårørende» faktorer som pekte seg ut. Disse faktorene viste seg å gi flere helsefremmende og forebyggende fordeler i flere av studiene.

Konklusjon: Sykepleierens rolle i rehabilitering etter hjerteinfarkt bør romme pasientsentrert veiledning og undervisning som har fokus på å fremme empowerment. Rehabilitering kan fremmes ved å vise til risikofaktorer, og hvordan livsstilsendringer og legemiddeljusteringer kan bedre disse faktorene. I tillegg bør sykepleier vise de vanlige utfordringene pasienter møter på etter et hjerteinfarkt, og gi forståelse om at det kan være en lang prosess. Sykepleieren bør også forsøke å samarbeide med, og inkludere pårørende i rehabiliteringsforløpet for å øke sannsynligheten for varige endringer.

## Abstract

**Introduction:** There are annually 12000 patients experiencing myocardial infarction (MI) in Norway, and most of them have multiple long-time effects. Thus, many patients will value nurses that have knowledge about their role in the rehabilitation process. This study seeks to describe and highlight the science on nurses' role in rehabilitation after myocardial infarction.

**Method:** A systematic literature study done based on 7 scientific articles

**Results:** A crucial part of the nursing role in rehabilitation after MI is education and counselling. Factors highlighted about this role was to motivate patients to make rehabilitation lifestyle changes, have a patient-centered follow-up approach, and to cooperate with family/friends. These factors proved to improve risk factors and to give health-promoting benefits.

**Conclusion:** The nursing role should be described in terms of patient-centered education and structured counselling focusing on empowerment. The rehabilitation process can be promoted by education on the risk factors, and how to change them, and by medical adjustments. Nurses should as well help patients to see what challenges to expect and give them an understanding that it's an enduring process. Cooperation and including of family/friends in the rehabilitation process has also proved to increase the probability of long-time lifestyle changes.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>II</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1. INTRODUKSJON TIL TEMA .....	1
1.2. BAKGRUNN .....	1
1.3. HENSIKT/FORMÅL MED PROBLEMSTILLING .....	1
1.4. BEGREPSAVKLARING .....	2
<b>2. TEORI</b> .....	<b>2</b>
2.1. MYOKARD INFARKT .....	2
2.1.1. Årsaker og risikofaktorer for MI.....	2
2.1.2. Ettervirkninger av MI .....	2
2.2. HJERTEREHABILITERING (CR).....	3
2.3. VEILEDNING OG UNDERVISNING .....	3
2.4. OREMS EGENOMSORGSTEORI .....	4
<b>3. METODE</b> .....	<b>5</b>
3.1. BESKRIVELSE AV METODE .....	5
3.1.1. Litteraturstudie .....	5
3.1.2. PIO – skjema.....	5
3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	5
3.3. SØKEHISTORIKK / SØKESTRATEGI .....	6
TABELL 1. SØKEHISTORIKK .....	7
3.4. VURDERING / UTVELGELSE .....	7
Figur 1. ....	8
3.5. ANALYSE .....	8
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
4.1. DESKRIPTIV PRESENTASJON AV ARTIKLENE I ARTIKKELMATRISE .....	9
4.2. SAMMENFATTET PRESENTASJON AV RESULTATER TEMATISK .....	15
4.2.1. Veiledning og undervisning.....	16
4.2.3. Pasientsentrert oppfølging .....	18
4.2.4. Samarbeid med pårørende .....	19
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>19</b>
5.1. HVORDAN GI PASIENTSENTRERT UNDERVISNING OG VEILEDNING .....	19
5.2. HVORDAN FREMME MOTIVASJON TIL REHABILITERING? .....	20
5.3. HVORDAN SAMARBEIDE HENSIKTMESSIG MED PÅRØRENDE I REHABILITERINGSPROSESSEN? .....	21
5.4. BETYDNING FOR SYKEPLEIE .....	22
5.5. STYRKER OG SVAKHETER MED LITTERATURSTUDIET .....	22
5.6. KONKLUSJON.....	23
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>24</b>

## 1. INNLEDNING

### 1.1. Introduksjon til tema

Hjerte – og karsykdommer representerer utbredte sykdommer og er blant de vanligste dødsårsakene i Norge (Eikeland et al., 2020, s. 229). En rapport fra Folkehelseinstituttet (Kvåle et al., 2022) viste en økning i denne sykdomsgruppen fra 2012-2021 på over 20.000 pasienter, som i 2021 tilsvarte ca. 272.000 pasienter. Men ulike hjerte – og karsykdommer har hatt ulik trend de siste 10 årene. Mens hjerteflimmer og flutter har hatt en økning på nesten 7.000 pasienter, har hjerteinfarkt hatt en synkende trend fra 2012, og det var i 2021 12.000 pasienter, noe som tilsvarer 3000 færre pasienter enn i 2012 (Kvåle et al., 2022). Likevel var det i 2022 over 4000 pasienter med hjerteinfarkt på sykehuset i en alder fra 40-69 år, der over 3000 av pasientene var menn (Statistisk-Sentralbyrå, u.å.). En studie fra Sverige (Jernberg et al., 2015) viste at én av 5 innlagt for hjerteinfarkt, fikk en ny kardiovaskulær hendelse i løpet av det påfølgende året. Og en kronikk i den norske legeföreningens tidsskrift (Munkhaugen et al., 2018) skriver at et flertall av norske hjerteinfarktpasienter ikke når behandlingsmålene for kolesterol og blodtrykk etter utskrivning fra sykehuset. Noen mener også hjerterehabilitering bør bli en del av det vanlige behandlingsforløpet på lik linje med medisiner (Balci, 2022). Dermed kan man si at oppfølgingen hjerteinfarktpasientene får, har et forbedringspotensiale.

### 1.2. Bakgrunn

Sykepleieren har mange roller. Ifølge Kristoffersens (2011, s. 17) sykepleiefunksjonsområder har sykepleieren i alt 7 ulike funksjonsområder. Da denne oppgaven handler om rehabiliteringsfasen til pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, vil først og fremst fokuset være på sykepleierens helsefremmende, forbyggende, rehabiliterende, undervisende og veiledende funksjonsområde.

Jf. norsk Helse- og Omsorgstjenestelov § 3.3 (2011) skal kommunehelsetjenesten «fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer». Og jf. § 3-6 (Helse-og-omsorgstjenesteloven, 2011) har de også et ansvar ovenfor pårørende: «til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av opplæring og veiledning (...)» Til slutt er det både kommunen og det regionale helseforetaket ansvar for «å tilby nødvendig habilitering og rehabilitering» jf. §5 og §10 i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Dermed er det altså lovlig hjemmel for å tilby helsehjelp og rehabilitering til pasienter og pårørende etter hjerteinfarkt.

### 1.3. Hensikt/formål med problemstilling

Hensikten for valg av temaet er at sykdommen er så utbredd. Hjerte og kar-sykdommer er den nest største døds-årsaken i Norge og krever mye ressurser. Og da kardiovaskulære sykdommer står for en så stor del av folkehelsen, vil det være hensiktsmessig å vite hvordan man behandler disse på en god måte. I tillegg, da aterosklerose ofte er den bakenforliggende årsaken til hjerteinfarkt (Eikeland et al., 2020, s. 243), har pasientgruppen som har gjennomgått hjerteinfarkt også en økt risiko for gjentatte hjerteinfarkt og andre kardiovaskulære hendelser. Sykepleierens ytelse og informasjonen som blir gitt i etterkant kan derfor være vesentlig for å kunne forebygge videre sykdom.

Studiens problemstilling er «Hvordan beskrive sykepleierens rolle i rehabiliteringen etter myokard infarkt?»



#### **1.4. Begrepsavklaring**

Jeg vil her kalle hjerteinfarkt for myokard infarkt (MI), som vil være begrenset til å gjelde STEMI og non-STEMI, som senere vil bli forklart.

Hjerterehabilitering vil bli forkortet til CR (Cardiac Rehabilitation; for å ikke å forveksle det med hjerte rate), og «rehabiliterende atferd» vil her regnes som all atferd som fremmer rehabilitering og dermed minsker risikofaktorene for gjentakelse av kardiovaskulære hendelser.

## **2. TEORI**

### **2.1. Myokard infarkt**

Akutt koronarsyndrom er en samlebetegnelse for alvorlige koronare arteriesykdommer forårsaket av redusert blodtilførsel til hjertet. Syndromet er «karakterisert av at aterosklerotisk plakk rumper eller får en overfladisk erosjon (skade) som fører til at plakkets lipidkjerne og trombogene bestanddeler og elementer i blodbanen starter en kaskade av trombinproduksjon, fibrinavleiring og blodplateaggregasjon.» Dette fører til en trombe som fører til fullstendig, eller delvis tilstoppet blodtilførsel. I hjertet gir dette myokardiskemi i ulik grad (Eikeland et al., 2020, s. 243). Disse sykdommene bringer med seg en rekke utfordringer. Ved et hjerteinfarkt dreier det seg mange ganger om at hjertets elektriske impulser blir abnormal. Som at pqrst-kurven (hjertets elektriske signal-bølge) har en forhøyet ST kurve. Med andre ord; en ST-elevasjon eller STEMI. Man kan også ha hjerteinfarkt uten STEMI; en såkalt non-STEMI. Ved NSTEMI har den iskemiske skaden vært tilstrekkelig til å skape synlige myokardskade med en hjertemarkørstigning (Troponin-T; Husøy, 2021). Når det derimot er STEMI betyr det akutt celledød av hjertemuskelceller og nekroseutvikling i vevet, grunnet iskemi og hypoksi da en trombe har ført til fullstendig okklusjon av en eller flere koronararterier. Jo lenger en koronararterie er tilstoppet, jo verre blir omfanget av myokardskaden (Eikeland et al., 2020, s. 243). Uansett (NSTEMI eller STEMI) er det stor sannsynlighet for at det kreves en rehabiliteringsfase for å komme tilbake til hverdagen, og at man kan forvente å måtte tilegne seg en «ny normal» for å integrere den begrensede arbeidskapasiteten kroppen får etter MI.

#### **2.1.1. Årsaker og risikofaktorer for MI**

Risikofaktorene for MI er så og si de samme som risikofaktorene for gjentatte kardiovaskulære hendelser i etterkant av MI. Man har blant annet påvirkningsbare faktorer som hypertensjon, hyperkolesterolemi, (til en viss grad) diabetes, røyking, og overvekt. De ikke-påvirkningsbare faktorene er blant annet alder, familiær disposisjon og kjønn (Eikeland et al., 2020, s. 242). Studien vil gå nærmere inn på hva som kan endre de påvirkbare faktorene.

#### **2.1.2. Ettervirkninger av MI**

Det er stor risiko for komplikasjoner etter MI. Noen går over etter den akutte fasen, mens noen forblir langvarige. De vanligste ettervirkningene er arytmier og hjertesvikt. Hjertesvikt er på mange måter avhengig av hvor stor del av venstre hjertemuskel som rammes under iskemien, mens arytmier kan forekomme ved mindre muskelskader. Risikoen for gjentatte MI og trombotisk hjerneslag er veldig stor den første måneden etter MI, deretter avtar risikoen gradvis, til tross for at aldring jobber imot at risikoen avtar (Ørn & Brunvand, 2017, s. 174). Når det kommer til det psykiske er også vanlig å føle seg sliten, engstelig, sint eller nedstemt (særlig i tidlig fase) etter et MI (Tjordan, 2021).

## **2.2. Hjerterehabilitering (CR)**

Det å komme seg etter MI krever ofte CR for å gjenopprette mest mulig av det fysiske, psykiske så vel som sosiale livet man tidligere hadde. For sykepleiere er utfordringene å fremme pasienters egenomsorg slik at de selv kan ta ansvar for egen rehabilitering og nødvendige livsstilsendringer etter utskrivning fra sykehuset. Og det å forebygge angst og utrygghet, i tillegg til å fremme empowerment og mestring er sentrale faktorer ved denne utfordringen (Eikeland et al., 2020, s. 229).

En stor del av CR er også å forebygge sekundære lidelser ved å reversere utviklingen av den underliggende sykdomsprosessen, som blant annet utviklingen av aterosklerose (Eikeland et al., 2020, s. 274). Rehabiliteringen og forebygging går her hånd i hånd da det som tidligere nevnt, er økt prevalens av tilbakekomst av sykdommen eller tilkomst av andre kardiovaskulære hendelser for de som har gjennomgått hjerteinfarkt. Dette er fordi behandlingen man får akutt for MI ikke nødvendigvis er en quick fix for den bakenforliggende årsaken, og det vil kreve livsstilsendringer for å behandle. Og da hjertet kan få en minsket arbeidskapasitet (hjertesvikt) eller arytmier som følge av muskelnekrose fra infarkt (Ørn & Brunvand, 2017, s. 273) er det igjen en større risiko for gjentatt hjerte og karsykdommer (Brieger et al., 2015; Eikeland et al., 2020, s. 274). I etterkant av et hjerteinfarkt er det dermed viktig med god veiledning og opplæring for å fremme pasienters helse, egenomsorg og livskvalitet.

CR i Norge består som regel av tre faser. *Fase én* starter med sykehusoppholdet der man evt. overflyttes til rehabiliteringsopphold. Her testes den fysiske aktiviteten og risikofaktorer blir forsøkt justert. Deretter varer gjerne fase to fra 4-6 uker etter MI, der pasienten får oppfølging i regi av medisinsk/kardiologisk avdeling eller i regi av lærings- og mestringssentre. Her får pasienten veiledning i kosthold, fysisk trening og livsstilsendringer i tillegg til psykososial støtte. *Fase tre* dreier seg om vedlikeholdsbehandling og oppfølgende behandling der målet er å vedlikeholde de livsstilsendringene man har gjennomført i fase én og to. Her tilbys det polikliniske kontroller (for symptomer, risikofaktorer og legemiddelbruk) og psykosial støtte (Eikeland et al., 2020, s. 274).

## **2.3. Veiledning og undervisning**

En viktig rolle for sykepleieren under rehabiliterende arbeid er, som nevnt, å drive med opplæring og veiledning for å oppnå god helse. Dette gjøres allerede fra i fase én av rehabiliteringen (Eikeland et al., 2020, s. 275). Undervisning som er nyttig for pasienten å få med seg etter MI er å vise til helsefordelene med å føye gode råd når det gjelder kosthold, livsstil og trening. Det er tilrådet å ha et blodtrykk under 140 systolisk og en LDL under 2,59 mmol/L som kan fremmes ved livsstilsendringer og medisiner. Røykestopp samt en BMI under 25 og midjemål mindre enn 102 hos menn og 89 hos kvinner, er også å foretrekke i løpet av rehabiliteringen. For diabetikere er det tilrådet å ha et systolisk blodtrykk under 130, og en Hba1c under 7%, noe som vil si at man bør regulere kostholdet godt. Når det gjelder fysisk aktivitet bør hver enkelt pasient vurderes individuelt, både når det gjelder å begrense seg, eller øke utfoldelsen og intensiteten. Likevel er 30 minutter fysisk aktivitet, 5 dager i uken, uansett tilrådet (Eikeland et al., 2020, s. 275). Med fysisk aktivitet menes

Rehabiliteringsveiledning innebærer flere faktorer. Det gjelder å motivere, prosessvurdere, råde, støtte, undervise, informere, lytte og spørre. Disse faktorene overlapper hverandre. Målet er at pasienten selv skal finne løsninger på utfordringene som de kan

støtte på, og integrere ny kunnskap og forståelse av situasjonen (Romsland et al., 2015, s. 137). Systematiske veiledningssamtaler og undervisning gjennom rehabiliteringsprosessen er tilrådet for å gi den støtten pasienten trenger når det gjelder funksjonstrening og fortolkningsprosessen (Romsland et al., 2015, s. 138). Dette gjøres ved å fremme pasientens empowerment. Motiverende intervju er en samtaleteknikk som kan benyttes for å veilede, særlig ved behov for endringsprosesser. Her er det fokus på «å vise empati», «å rulle med motstand», altså å ha en rolig samtale om utfordringene pasienten møter på. Deretter er fokuset «Å utvikle forskjellene», der man forsiktig bidrar til forståelse av forskjellen mellom nåværende og fremtidig ønsket atferd. Og til slutt er det lagt til et fokus på «Å utvikle tro på egen mestring» når det gjelder å gjøre endringer og nå mål (Romsland et al., 2015, s. 140).

Empowerment handler om myndiggjøring og egenkraftmobilisering. Dette er spesielt viktig i en rehabiliteringsprosess da pasienten trenger å øve seg opp til en ny hverdag mer eller mindre uten helsepersonell tilstede. Empowerment kan fremme styrke, kraft og makt til pasienten slik at den selv forstår hvilke valg og muligheter den har til å ta gode valg til å kunne møte sine egne behov og fremme sin egen helse, spesielt der de møter på motgang og problemer. For å fremme dette blir fokuset i samhandlingen mellom sykepleier og pasient derfor følgende: likeverd, partnerskap, brukermedvirkning og mobilisering av ressurser og en maktanalyse av brukerens situasjon. Med maktanalysen menes det at sykepleier og pasient sammen kan kartlegge hva pasienten selv kan bestemme over og dermed ha «makt» over eller kapasitet til i løpet av rehabiliteringen (Eikeland et al., 2020, s. 275; Romsland et al., 2015, s. 151-152).

Når det kommer til informasjonsformidlingen er det viktig å huske at det er mye som skjer i den akutte fasen, som leder til at pasienten har lite kapasitet til å ta inn mye informasjon når den enda er på sykehuset. Det å i tillegg gi skriftlig informasjon i startfasen, og gi videre oppfølgingen er derfor vesentlig for å formidle kunnskapen på en hensiktsmessig måte (Eikeland et al., 2020, s. 251). Pårørende kan også inkluderes her, både for å øke sjansen for at pasienten husker/får med seg all nyttig informasjon, men også for at de selv kan være en god støtte under rehabiliteringsprosessen.

#### **2.4. Orems egenomsorgsteori**

Da mye av rehabiliterende sykepleier dreier seg om å jobbe med «henda på ryggen» og se hvordan pasienten tilegner seg livsstilsendringer, er Dorothea Orems egenomsorgsteori passende å trekke inn. Denne teorien står beskrevet i Kirkevold (1998) som en teori som legger til grunn at sykepleie er en erstatning for helserelaterte aktiviteter man under normale forhold selv kan gjøre, når pasienten ikke er i stand til å utføre de. Tre begreper blir spesielt vektlagt her. Nemlig egenomsorg, egenomsorgsbehov og terapeutisk egenomsorgskrav, der egenomsorgsbehov omfatter åtte universelle behov som har både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter. De terapeutiske egenomsorgskravene betegner de egenomsorgsbehovene som ikke blir møtt grunnet helseavvik og funksjonssvikt, i tillegg til de nyoppståtte behovene som er relatert til helseavviket (Romsland et al., 2015, s. 163). Dermed beskrives egenomsorgssvikt som noe som oppstår når summen av egenomsorgskravene som stilles den enkelte, overskrider personens evne til å oppfylle de. Og egenomsorgskapasiteten er personens kunnskaper, motivasjon, og mentale og praktiske evner som er nødvendige for å fortolke egne egenomsorgskrav og planlegge hvilken egenomsorg som må igangsettes for å møte disse (Romsland et al., 2015, s. 164).

### 3. METODE

#### 3.1. Beskrivelse av metode

Her vil jeg gå inn på hvilken metode jeg har valgt, inklusjons og eksklusjonskriterier i tillegg til søkeprosessen og søkehistorikken. Vurderingen og analysen blir til slutt gjort kort rede for.

##### 3.1.1. Litteraturstudie.

Jeg har benyttet meg av litteraturstudie som metode. Dette er en metode som gir god oversikt over eksisterende forskning innen et tema og kan gi oppdatert kunnskap om det problemstillingen spør etter (Thidemann, 2019, s. 77)

Her er det benyttet PI(C)O skjema som står for Problem, Intervention, Comparison og Outcome. Men C´n er ekskludert da det ikke var noe spesielt studien skulle sammenligne intervensjonen med. Dette skjemaet har vært til hjelp for å spesifisere hva studien egentlig er ute etter og for å hjelpe med utformingen av problemstillingen (Helsebiblioteket, 2021).

I kvalitetsvurderingen av artiklene er det blant annet vurdert hvor vidt den vitenskapelige artikkelen har en IMRaD struktur (Introduksjon, Metode, og (and) Diskusjon), og at publiseringskanalen har nivå 1 eller 2. Publiseringsutvalget (NPU) bestemmer hvor vidt en publiseringskanal skal ha nivå 1 eller 2, der nivå 2 gir høyest uttelling på å gi bredde i fagsammenhenger og som dermed skal gi de mest betydningsfulle publikasjoner fra ulike lands forskere (Fossum-Raunehaug, 2014, 29. oktober).

##### 3.1.2. PIO – skjema

<b>Problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Outcome</b>
Myokard infarkt	Sykepleie <ul style="list-style-type: none"><li>- Motivere</li><li>- Veiledning/undervisning<ul style="list-style-type: none"><li>o Empowerment</li></ul></li><li>- Forebygge angst/uro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rehabilitering og forebygging av senvirkninger/gjentatte kardiovaskulære hendelser</li><li>- Mestring av sykdommen</li><li>- Økt livskvalitet</li></ul>

Bilde 1. PIO-Skjema

##### 3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fagfellevurdert tidsskrift</li><li>- IMRaD-struktur</li><li>- Språk: Skandinavisk eller engelsk</li><li>- Etisk vurdert</li><li>- NPU nivå 2 eller 1</li><li>- Kvinner og menn</li><li>- Voksne pasienter</li><li>- Kvantitativt og kvalitative studier</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Artikler publisert tidligere enn 2013</li><li>- Andre språk en skandinavisk og engelsk</li><li>- Artikler uten IMRaD-struktur</li></ul>

Bilde 2. Inklusjons og eksklusjonskriterier

### 3.3. Søkehistorikk / søkestrategi

Det ble tidligere i søkeprosessen forsøkt å ha med MeSH term for nursing både i Pubmed og i Cinahl, men da kombinasjonen med MeSH-termene MI og CR ikke gav noen resultater, valgt jeg å kun bruke «nursing» som søkeord. Etter å ha gjennomgått resultatene etter det første søket på Cinahl og Pubmed, så jeg meg ut etter bedre artikler ved å sløyfe «cardiac» i MeSH søkeordet «cardiac rehabilitation» i PubMed, noe som gav meg noen andre søkeresultater. Da jeg fant ut at dette gav meg flere treff enn jeg ønsket, la jeg her til MeSH-terminen for «nursing» for å begrense søket ytterligere. De siste søkeordene gav ingen resultater i Cinahl.

Søk 1: Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	19.04	S1	Nursing		262,974	
		S2	«Myocardial infarction» [MeSH Terms]		192,409	
		S3	«Cardiac Rehabilitation» [MeSH Terms]		3,696	
		S4	S1 «AND» S2 «AND» S3	English, full text/abstract tilgjengelig, etter 2013	31	1.A 1.B 1.C
<p>A) 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 (Ögmundsdottir Michelsen et al., 2018)</p> <p>B) Do what you can with a happy heart”: a longitudinal study of patient and family members’ lived experiences of physical activity post-myocardial infarction (Birtwistle et al., 2022)</p> <p>C) “Why would you not listen? It is like being given the winning lottery numbers and deciding not to take them”: semi-structured interviews with post-acute myocardial infarction patients and their significant others exploring factors that influence participation in cardiac rehabilitation and long- term exercise training (Thompson et al., 2022)</p>						
Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	20.04	S1	Nursing		760,103	
		S2	MH Myocardial infarction		49,423	
		S3	MH Cardiac Rehabilitation		4,980	
		S4	S1 «AND» S2 «AND» S3	Engelsk, peer reviewed, journal article, linked full text. 2013-2023	13	2.A 2.B
<p>A) The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study (Harbman, 2014)</p>						

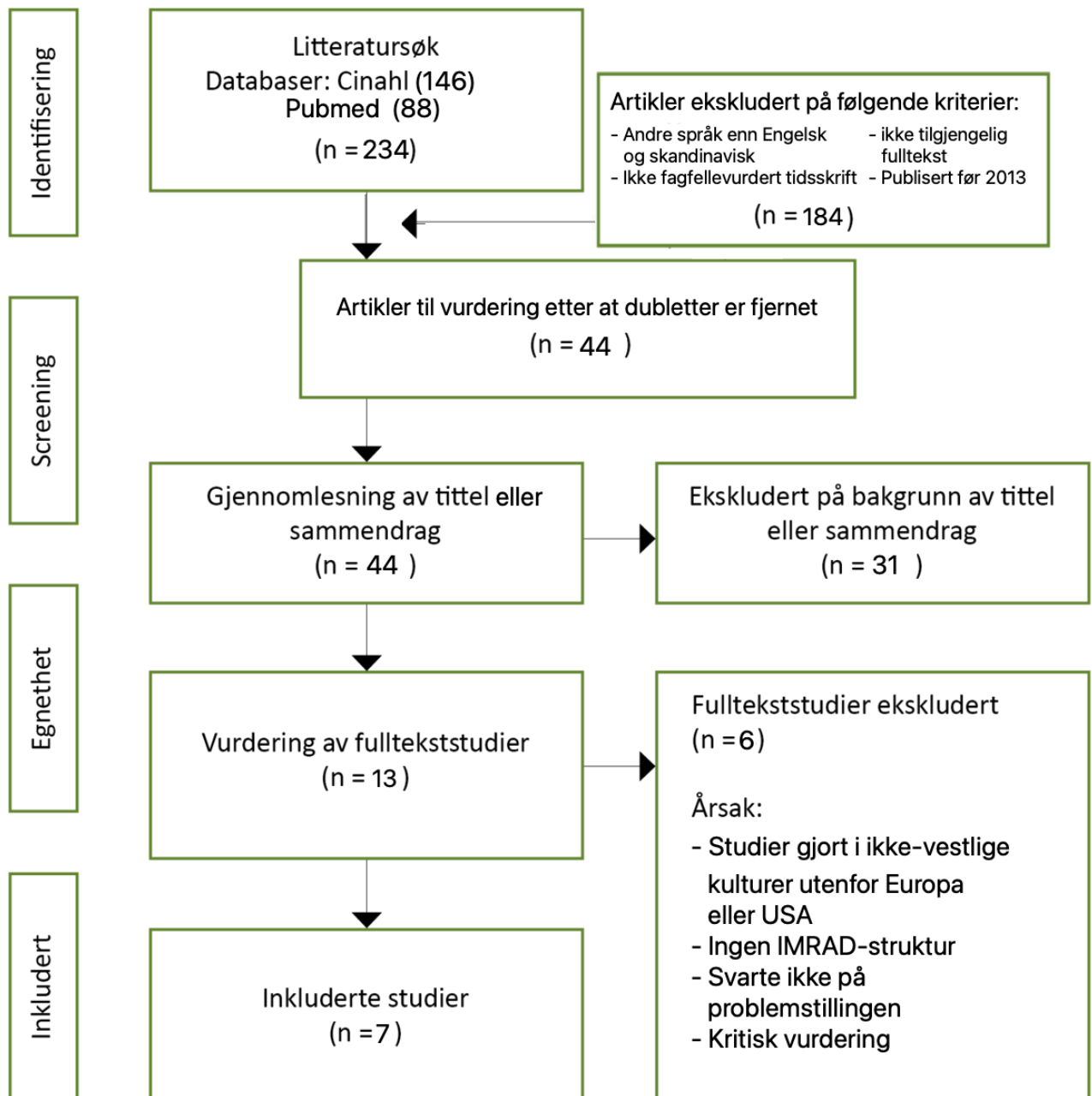
B) Personalised discharge care planning for postmyocardial infarction patients through the use of the Personalised Patient Education Protocol - implementing theory into practice (Lau-Walker et al., 2016)						
Søk 2: Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	09.05	S1	Nursing MeSH Terms		263,128	
		S2	Myocardial infarction MeSH Terms		192,713	
		S3	Rehabilitation MeSH Terms		350,687	
		S4	S1 «AND» S2 «AND» S3	English, full text/abstract tilgjengelig, etter 2013	6	3.A
A) Does nurse-based case management for aged myocardial infarction patients improve risk factors, physical functioning and mental health? The KORINNA trial (Hunger et al., 2015)						
B) The effect of a supportive educational intervention developed based on Orem´s self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial (Mohammadpour et al., 2015)						

**Tabell 1.** Søkehistorikk

### 3.4. Vurdering / utvelgelse

Det er fremgangsmåten som ble brukt var først å identifisere de beste artiklene av treffene søkene gav. Overskrifter ble gjennomgått på alle søketreffene, før sammendragene på de som så ut til å svare mest på problemstillingene ble lest. Deretter ble en bedømmelse gjort på kvalitet og hvilke som ville være hensiktsmessig å inkludere/ekskludere.

**Figur 1.** PRISMA-flytskjema



### 3.5. Analyse

Studien har benyttet seg av Thidemann (2019, s. 95) sitt eksempel på litteraturmatrikse til inspirasjon for hvordan resultatene ble fremlagt. Denne analysemodellen var behjelpelig for å finne det viktigste når det gjaldt hver enkelt artikkel, og systematisere det på en god og oversiktlig måte. Når artiklene var valgt hentet studien også inspirasjon fra Ayeyards tematiske analysemodell for å finne gode temaer (Thidemann, 2019, s. 96-99). Trinnene i denne modellen var å først *identifisere temaer* der resultatdelen av de valgte artiklene blir lest på nytt. Trinn to var å *utvikle valgte temaer* der man satte sammen og fordelt resultatene fra de valgte studiene inn under temaene. Deretter var neste trinn å *evaluere styrken av resultatene* da disse naturlig nok vil variere fra studie til studie, for deretter å videre *omformulere temaene*, da resultatene vil støtte eller svekke

valgene av de opprinnelige valgte temaene. *Sammenligning av temaene* ble deretter gjort for å se om temaene kunne hatt andre navn eller om undertemaene kunne passet inn under andre temaer. Etter hvert kunne *temaene granskes for likheter og ulikheter* for deretter å *jobbe med temaer som ikke støtter hverandre*. Hvis *resultatene ble for ensidige*, kunne dette være et varseltegn på at temaene var valgt ut til fordel for at de skulle stemme overens. Det siste trinnet i analysen var å *være kreativ* da det er en individuell analyse av temaer fra de valgte studiene. Temaene ble deretter presentert i en temamatrikse.

#### 4. RESULTAT

##### 4.1. Deskriptiv presentasjon av artiklene i artikkelmatrise

Artikkel 1	Does nurse-based case management for aged myocardial infarction patients improve risk factors, physical functioning and mental health? The KORINNA trial (Hunger et al., 2015)
Tidsskrift	European Journal of Preventive Cardiology
Utgivelsesår	2015
Land	Tyskland
Studiens hensikt	Å utforske hvor vidt hjemmebasert case-ledelses program ledet av sykepleiere kan forbedre kardiovaskulære risikofaktorer, fysisk funksjon og mental helse i det første året etter myokard infarkt.
Metode	Kvantitativ. Randomisert studie. To parallelle grupper; en forskningsgruppe og en kontrollgruppe. Forskningsgruppen gjennomgikk intervensjon med 1t info før utskrivelse, oppfølging med hjemmebesøk (opptil 4 ganger) og samtale over telefon (hver 3. måned) etter MI, mens kontrollgruppen gjennomgikk vanlig løp.
Resultat	Intervensjonsgruppen hadde signifikant lavere LDL (Low-density-lipoprotein) kolesterol, bedre gripestyrke, og ernæringsvaner enn kontrollgruppen.
Relevans for problemstillingen	God informasjon før utskrivelse i tillegg til oppfølging av hjemmesykepleie og oppfølging av sykepleier over telefon kan gi gode helse-fordeler etter MI.
Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere diabetikere i kontrollgruppen enn (ca. 57% var i kontrollgruppen) i intervensjonsgruppen</li> <li>- Ikke mulig å skjule hvem som gjennomgikk intervensjonen da kun intervensjonsgruppen hadde hjemmebesøk</li> </ul>
Etisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Godkjent av Ethics Committee på Bavarian Chamber of Physicians</li> <li>- Informert samtykke ble innhentet fra alle deltagerne</li> </ul>
Kvalitet	Tatt høyde for baseline-ulikheter ved å benytte en balanserende randomiserte prosedyre NPU nivå 2 IMRaD struktur

**Tabell 2.** Artikkel 1



Artikkel 2	Personalised discharge care planning for postmyocardial infarction patients through the use of the Personalised Patient Education Protocol - implementing theory into practice (Lau-Walker et al., 2016)
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Utgivelsesår	2016
Land	England
Studiens hensikt	Evaluere påvirkningen implementeringen av «Personalised Patient Education Protocol» (PPEP) har på en allerede etablert behandling/rehabiliteringsplan for pasienter med gjennomgått MI.
Metode	Kvantitativ metode. Implementering av protokoll med arbeidsbok for pasientene etter MI. Data ble innhentet ved hjelp av spørreundersøkelse av pasienter og rehabiliterings sykepleiere, først ved utskrivning, og deretter etter 3 måneder.
Resultat	Viste at en PPEP var fordelaktig på mange punkter for pasienter med gjennomgått MI. Protokollen hjalp pasientene med en signifikant bedre forståelse av sykdomstilstanden, et bedre aktivitetsnivå (lengde og frekvens) og en bedret generell helse (målt med Dartmouth Quality of Life intervju). Sykepleiere oppfattet implementeringen av protokollen på flere måter: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasienter stilte flere spørsmål, deltok mer</li> <li>- Sykepleieren lyttet mer til pasientene</li> <li>- Nye behov for undervisning ble identifisert</li> <li>- Gav en konsistent og enkel formidling av det viktige</li> <li>- Anerkjennelse behovet for tid/kommunikasjon med pasienten</li> <li>- Tidkrevende og vanskelig å implementere, men et godt verktøy når man har erfaring med det.</li> <li>- Ønske om å benytte protokollen i flere faser av CR</li> </ul>
Relevans for problemstillingen	En protokoll som PPEP kan være behjelpelig for å systematisere og hjelpe med å fremme et effektivt pasient-sentrert samarbeid mellom sykepleier og pasient som gjør godt for rehabiliteringsforløpet.
Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientene kunne selv velge om de ville være med i studien eller ikke, noe som kunne påvirke resultatet.</li> <li>- Det fantes ingen kontrollgruppe. Subjektiv vurdering fra helsearbeidere var det eneste som kunne vise sammenligningsgrunnlag med hvordan det var før integreringen av planen.</li> <li>- Studien diskuterte ingen svakheter ved studien</li> </ul>
Etisk vurdering	Alle data var konfidensielle og anonymisert og dette ble informert om før de valgte å bli med eller ikke.
Kvalitet	IMRaD struktur NPU nivå 2

**Tabell 3.** Artikkel 2

Artikkel 3	The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study (Harbman, 2014)
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Utgivelsesår	2014
Land	Canada
Studiens hensikt	Evaluere effekten av sykepleie på implementering og oppnåelse av sekundære forebyggende mål
Metode	Prospektiv kohort design: kvantitativ Pasient-sentrert intervensjon. Face-to-face før utskrivelse, tlf-samtale etter en uke, og en klinisk time i uke 2 og 6 og etter 3 måneder etter utskrivelse. Sammenlignet med kontrollgruppe («vanlig pleie»)
Resultat	Etter 3 måneder var det signifikante forskjeller på intervensjons – og kontrollgruppen, der intervensjonsgruppen benyttet mer statiner (kolesterolsenkende), hadde færre uker før de startet rehabilitering, var mer fysiske aktive og lavere blodsukker for de med diabetes. De var signifikant raskere med å slutte å røyke, hadde lavere BT og trente 30 min 5 ganger i uka. Med andre ord kan sykepleier implementering av kunnskapsbasert sekundær forebyggende strategier gi klinisk relevante forbedringer for å nå behandlingsmålene.
Relevans for problemstillingen	Regelmessig kontakt med sykepleier som gir pasient-sentrert oppfølging etter hjerteinfarkt kan bidra til å øke rehabiliterende atferd og opptaket til rehabilitering
Kildekritikk	- Noe få deltagere i studien (n= 65) til å være en kvantitativ studie
Etisk vurdering	- Etisk godkjenning fra «Research Ethics Board at the University of Toronto». - Alle deltagere gav skriftlig samtykke
Kvalitet	Beskrev kontrollgruppen godt – det vil si standard løp etter MI. IMRaD struktur og NPU nivå 2

**Tabell 4.** Artikkel 3

Artikkel 4	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 (Ögmundsdottir Michelsen et al., 2018)
Tidsskrift	BMC Cardiovascular Disorders
Utgivelsesår	2018
Land	Sverige
Studiens hensikt	Evaluere effekten av individuelt tilpasset, sykepleier-ledet CR på pasient helsen.
Metode	Kvantitativ studie. Retrospektiv observasjons studie ved hjelp av nasjonalt web-register for hjertesyrke SWEDHEART. Komparativ mellom tradisjonell (n= 105) og sykepleier-ledet, tilpasset gruppe (n=112).
Resultat	Pasientene i tilpasset gruppe fikk bedre kontroll på total kolesterol og systolisk BT. Pasienter som var aktive røykere hadde større sannsynlighet for å bli røykefri i den tilpassede gruppen, kun 60% av de i tilpasset gruppe ønsket kardiolog-avtale, mot for 98% av de i den tradisjonelle gruppen. De i tilpasset gruppe benyttet seg mer av sykepleie-tlf samtaler enn de i tradisjonell gruppe.
Relevans for problemstillingen	Sykepleier kan ha en viktig rolle i informasjonsformidlingen for pasienter med gjennomgått MI. En sykepleier-ledet intervensjon som er individuelt tilpasset hver enkelt pasient kan være behjelpelig for å yte god CR, og for å minske risikofaktorer og behovet for ytterligere kontakt med lege.
Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Svakheter i at hjemme-registrert trening ble ulik ved første oppfølging, da deltagelsen på sykehus-rehabiliteringen var høyere for intervensjonsgruppen. Dette ledet til at kun den siste oppfølgings-dataen ble benyttet i analysen.</li> <li>- Flere faktorer var endret i den ene gruppen, dermed ikke lett å si hva som utgjorde hovedfaktoren for forskjellige resultater mellom de to gruppene</li> </ul>
Etisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle informert verbalt om retningslinjene og rettighetene man hadde til å etterspørre at all data fra vedkommende ble slettet. Ingen etterspurte dette.</li> <li>- Evaluert og akseptert studie av regionalt etisk panel for Lund Universitet.</li> </ul>
Kvalitet	IMRaD-struktur (men står "bakgrunn" i stedet for "innledning") NPU-nivå 1

**Tabell 5.** Artikkel 4

Artikkel 5	The effect of a supportive educational intervention developed based on Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial (Mohammadpour et al., 2015)
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Utgivelsesår	2015
Land	Iran
Studiens hensikt	Å måle effektiviteten av en støttende lærings intervensjon, utarbeidet basert på Orems egenomsorgsteori på pasienters evne til å ta vare på seg selv etter MI
Metode	Kvantitativ metode. 66 (alder fra 45-81 år) pasienter fordelt tilfeldig i 2 grupper (33 i eksperimentell – og 33 i kontrollgruppe). I eksperimentell gruppe fikk opplæring, støtte og veiledning angående risikofaktorer, behandling og ernæring, basert på Orems egenomsorgsteori. En demografisk spørreundersøkelse og en MI evne til selv-pleie spørreundersøkelse ble benyttet før og etter intervensjonen. Målte kunnskap, motivasjon og evne.
Resultat	Kunnskap, motivasjon og evner til egenomsorg etter intervensjonen var signifikant bedre i den eksperimentelle gruppen
Relevans for problemstillingen	Opplæring er nyttig for å fremme motivasjon, kunnskap og evner til å håndtere post-MI utfordringer.
Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fra en fremmed kultur med helt annet helsesystem, derfor vanskelig å sammenligne kontrollgruppe med norske forhold (heller ingen info om hva som er vanlig praksis i Iran)</li> <li>- Ikke blind prosedyre – kan derfor være bias i tolkningen av data</li> </ul>
Etisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Godkjent av Ethics Committee på universitet og Clinical Trials Appraisal Center</li> <li>- Informert samtykke gitt av alle deltagere, og konfidensialitet garantert</li> </ul>
Kvalitet	IMRaD struktur NPU-nivå 2

**Tabell 6.** Artikkel 5

Artikkel 6	“Why would you not listen? It is like being given the winning lottery numbers and deciding not to take them”: semi-structured interviews with post-acute myocardial infarction patients and their significant others exploring factors that influence participation in cardiac rehabilitation and long- term exercise training (Thompson et al., 2022)
Tidsskrift	Disability and Rehabilitation
Utgivelsesår	2021
Land	Storbritannia
Studiens hensikt	Utforske faktorer relatert til deltakelse i intervensjoner, ut ifra et pasient-perspektiv for de som har gjennomgått MI, og fra deres nærmeste pårørende.
Metode	Kvalitativ studie. Semi-strukturert intervju gjennomført på 10 MI-pasienter og deres nærmeste pårørende (n=10) i fase 3 og 4 av CR. Reflekterende Tematisk Analyse med en induktiv orientering ble benyttet i analysen.
Resultat	<p>Temaer identifisert var:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivasjon <ul style="list-style-type: none"> <li>o Emosjonell respons etter MI</li> <li>o Kontakt med spesialisert stab</li> <li>o Undervisning</li> <li>o Sosiale muligheter</li> </ul> </li> <li>- Utenforliggende påvirkning <ul style="list-style-type: none"> <li>o Væritilstanden</li> <li>o Å stole på henvisning fra profesjonelt helsepersonell</li> <li>o Nærmeste pårørendes forståelse av støtte-rollen post MI</li> </ul> </li> <li>- CR opplevelsen <ul style="list-style-type: none"> <li>o Forståelsen av helse-fordelene av trening post-MI</li> <li>o Selvtillit</li> </ul> </li> </ul> <p>I det store og hele er det helsefordelene som motiverte, men at det var en del hinder som står i veien for å gjennomføre CR</p>
Relevans for problemstillingen	Sykepleierens rolle kan innebære å gjøre pasientene klar over både helsefordelene med CR, i tillegg til å legge frem hvilke utfordringer det er vanlig å møte på underveis, for å evt. kunne komme med alternativer og veiledning/oppfølging når de trenger det.
Kildekritikk	Lite utvalg, men omfattende.
Etisk vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etisk godkjenning fra Office for Research Ethics Committees Northern Ireland.</li> <li>- Informert samtykke innvilge før deltagerne ble inkludert</li> <li>- Anonymitet og konfidensialitet ble sikret ved å anonymisere intervjuene og ved å begrense innsyn i data til andre enn forskerne.</li> </ul>
Kvalitet	IMRaD struktur NPU nivå 1

**Tabell 7.** Artikkel 6

Artikkel 7	Do what you can with a happy heart”: a longitudinal study of patient and family members’ lived experiences of physical activity post-myocardial infarction (Birtwistle et al., 2022)
Tidsskrift	Disability and Rehabilitation
Utgivelsesår	2022
Land	Storbritannia
Studiens hensikt	Hensikten er å utforske levde erfaringer av pasienters fysiske aktivitet etter MI, sammen med familie/pårørendes opplevelse
Metode	Kvalitativ metode over tid. Med bruk av Interpretativ Fenomenologisk Analyse (IPA) på semi-strukturert intervjuer gjennomført av kardiologiske sykepleiere, tatt opp og transkribert. Ble gjort på 3 ulike tidspunkt, 1, 3 og 9 mnd. etter MI.
Resultat	En trend var at MI-rammede opplevde en reise fra: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeg kan ikke gjøre dette/håpløshet (grunnet kropp og sinn) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Familie bød på restriksjoner på godt og vondt</li> </ul> </li> <li>- Finne veien (ønske om å være aktiv og «returnere til normalen») <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hvor mye er for mye fysisk aktivitet er for mye?</li> </ul> </li> <li>- Akseptere den nye tilstanden og identifisere seg med den. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Leve med konsekvensene av MI</li> </ul> </li> </ul> Med andre ord: en reise fra en gammel til en ny normal
Relevans for problemstillingen	Erfaringene pasienter som har vært gjennom MI-rehabilitering har gjort seg, er nyttige. Dette, for å kunne gi best mulig tilpassede råd og for å kunne vise forståelse for rehabiliteringen og prosessene MI-pasienter ofte må gå gjennom. Godt samarbeid med pårørende kan kanskje hjelpe dem med å sette gode grenser, men ikke bekymre seg for mye
Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Få pasienter med i studie (N= 6), men omfattende</li> <li>- 5/6 familier anså seg selv som aktive</li> </ul>
Etisk vurdering	Pasientene ble gitt skriftlig informasjon og studiet og gav muntlig samtykke om å delta
Kvalitet	IMRaD struktur NPU nivå 1

**Tabell 8.** Artikkel 7

#### 4.2. Sammenfattet presentasjon av resultater tematisk

Det er mange faktorer som er viktig for sykepleierens rolle ovenfor MI-pasienter i rehabilitering, men analysen gjort i studien, ledet til utvalgte temaer som her vil bli gjort rede for. Analysen av artiklene ledet til 4 temaer som stakk seg frem i de valgte artiklene. Ut ifra problemstillingen ble temaene «Veiledning og undervisning», «Pasientsentrert oppfølging», «Motivering til rehabilitering» og til slutt «Samarbeid med pårørende» funnet. Her er resultatene fra studiene presentert tematisk med undertema. Først i en tabell, deretter i mer utdypende avsnitt.

Hovedtema	Nøkkelfunn
<u>Pasientsentrert oppfølging</u> Funnet i artikkel: 2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasient-sentrert eller tilpasset oppfølging etter MI, av sykepleier har vist god for rehabiliteringen.</li> </ul>
<u>Veiledning og undervisning</u> Funnet i artikkel: 1,2,3,4,5,6,7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleier kan formidle informasjon mer hensiktsmessig og effektiv i oppfølgingssamtaler enn det leger kan</li> <li>- Protokoll eller strukturert intervensjon kan gi gode retningslinjer for god oppfølging av pasienter etter MI, som dermed kan avdekke informasjonsbehov</li> </ul>
<u>Samarbeid med pårørende</u> Funnet i artikkel: 1, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pårørende kan være en vesentlig støtte for å nå behandlingsmål</li> <li>- Pårørende kan gjøre vondt verre ved å sette unødvendige begrensninger grunnet bekymring</li> </ul>
<u>Motivere til -rehabiliterende atferd</u> -Fysisk aktivitet: 1,2,3,4,5,6,7 -Livsstilsendringer: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Røyking: 3, 4</li> <li>- Kosthold:1</li> <li>- Legemidler: 3, 4, 6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Å motivere til fysisk aktivitet er vesentlig i rehabiliteringen etter MI, men ikke alltid lett</li> <li>- Aktivitet gir bedre QoL og psykisk og fysisk helse og går på de bakenforliggende faktorene</li> <li>- Sykepleier kan bidra til økt andel som slutter med å røyke, og for å endre pasientens kosthold, ved å gi pasient-sentrert omsorg</li> </ul>
<b>Artikkelnummer i studien:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hunger et al., 2020</li> <li>2. Lau-Walker et al., 2016</li> <li>3. Harbman, 2014</li> <li>4. Ögmundsdottir Michelsen et al., 2018</li> <li>5. Mohammadpour et al., 2015</li> <li>6. Thompson et al., 2022</li> <li>7. Birtwistle et al., 2022</li> </ol>	

**Tabell 9.** Hoved – og undertema

#### 4.2.1. Veiledning og undervisning

Dette var et sentralt tema, og pekte seg ut, spesielt i samtlige artikler. De kvantitative studiene undersøkte sykepleier-ledete intervensjoner med undervisning, veiledning og protokoller for å se på hvor vidt disse var hensiktsmessige for pasienter med MI. Mens de kvalitative studiene gikk mer på pasienter og pårørendes opplevelse av hva som var nyttig og hva som var hindrer for å delta på rehabilitering, fremme helse, egenomsorg og forebygge sekundære lidelser. Thompson et al. (2022) og Mohammadpour et al. (2015) fant at undervisning var nyttig for å forstå seg på helsefordelene ved rehabilitering og livsstilsendringer etter MI, noe som høynet motivasjonen til egenomsorgs-atferd. Thompson et al. (2022) viste videre at mange pasienter opplevde at de gjerne ønsket nøye oppfølging for å vite hva som var passe mye trening. Noen nevnte ellers at deres tillit til sykepleierne, og deres måte å formidle informasjon om rehabilitering, og hvor

omfattende informasjonen var, hadde noe å si for hvor vidt man valgte å delta (på de ulike fasene) eller ikke (Thompson et al., 2022).

En slik jevnlig oppfølging av sykepleiere med skriftlig og muntlig informasjon ble forsøkt gitt i flere intervensjoner, noe som viste flere helsefordeler både når det gjaldt fysisk og psykisk helse (Harbman, 2014; Hunger et al., 2015; Lau-Walker et al., 2016; Mohammadpour et al., 2015; Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018). Informasjonen og veiledningen som ble gitt, hovedsakelig av sykepleiere, gjaldt risikofaktorer og medisiner og følgesykdommer, og dette viste seg å hjelpe pasientene på en rekke områder, sammenlignet med kontrollgruppen (Harbman, 2014; Hunger et al., 2015; Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018).

Flere studier viste at protokoller og informasjonsbrosjyrer kunne være til god hjelp under veiledningen for at sykepleieren kan gi en mer strukturert pasient-sentrert oppfølging (Hunger et al., 2015; Lau-Walker et al., 2016). Lau-Walker et al. (2016) og vurderte effekten av å benytte seg av en protokoll for å skape en interaktiv omsorgstil mellom sykepleier og pasienter, der pasientenes sykdomsoppfattelse og egenomsorg ble vektlagt. Og Harbman (2014) studie fant også at det å lytte til pasientens prioriteringer og ønsker kunne lede til bedre tilpasset veiledning. Dette viste seg å være hensiktsmessig for at sykepleieren kunne avdekke informasjonsbehov hos pasienter og for å videre kunne gi en godt tilpasset oppfølging gjennom rehabiliteringen (Birtwistle et al., 2022; Lau-Walker et al., 2016). Birtwistle et al. (2022) viste blant annet til at en eldre pasient mente han ikke var interessert i å være fysisk aktiv til tross for at han deltok i hage – og utearbeid, da han hadde en annen forståelse av hva det å være fysisk aktiv betydde. Det pasientsentrerte fokuset viste seg også å være hensiktsmessig når det gjaldt å nå behandlingsmål for å minske risikofaktorene (Harbman, 2014; Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018). Til slutt viste han at selvtilliten og hvor vidt de hadde fått «empowerment» til å tro på at fysisk aktivitet er godt for deres helse hadde mye å si for aktivitetsnivået (Thompson et al., 2022). En viktig rolle for sykepleieren blir dermed å fremme empowerment gjennom grundig og strukturert pasientsentrert undervisning og veiledning til pasienten.

#### **4.2.2. Motivere til rehabiliterende atferd**

Å motivere til rehabilitering viste seg i samtlige studier, som en viktig rolle for sykepleieren. I analysen kom analysen frem til to spesifikke undertema, der fysisk aktivitet og aktivitetsfordelene viste seg i de fleste studiene, mens livsstilsendringer som røykeslutt og kostholdsendringer også ble presentert som viktige faktorer i flere studier.

##### **4.2.2.1. Motivering til fysisk aktivitet**

Dette undertemaet viste seg tydelig i de utvalgte artiklene. Birtwistle et al. (2022) viste til ulike hindre pasienter måtte overkomme for å være fysisk aktiv. Dette var blant annet faktorer som værforhold, selvtillit og den fysiske formen. Da disse hindrene minsker motivasjonen er det interessant å se at Thompson et al. (2022) fant at en stor del av motivasjonen var i å forstå seg på helsefordelene ved treningen. Med andre ord er undervisning og veiledning nyttig for å faktisk benytte seg av fysisk aktivitet etter MI. Dette går i tråd med det Mohammadpour et al. (2015) fant når det gjaldt at kunnskap gav motivasjon til bedre egenomsorg. Et par av studiene som ble inkludert viste til mange helsefordeler (i form av BMI, blodtrykk, LDL (usunt kolesterol), triglyserider og blodglukose) ved å ha trenings-basert rehabilitering (Harbman, 2014; Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018). Dette, tatt i betraktning at andre faktorer som ikke er aktivitets-



relaterte, kan spille inn på målene. I Hunger et al. (2015), Harbman (2014) og Ögmundsdottir Michelsen et al. (2018) gikk de inn på hvordan sykepleiere kunne lede og tilpasse rehabiliteringen på en god måte med hjelp av pasient-sentrerte intervensjoner som viste seg å gi bedre effekt enn tradisjonell eller vanlig oppfølging etter MI. Harbman (2014) viste også at sykepleiere kunne gi motivasjon som økte deltagelsen i rehabiliteringsprogram og gjorde at pasientene ønsket å starte rehabiliteringen tidligere etter MI. Her benyttet sykepleiere en pasientsentrert intervensjon der samtlige pasienter blant annet fikk veiledning på fysisk aktivitet. Til slutt viste Birtwistle et al. (2022) at noen opplevde at fysisk aktivitet ledet til hurtigere bedring, at styrken gradvis kom tilbake (om ikke helt som tidligere), at livskvaliteten bedret seg, og at de kunne nå mål for å fungere godt i hverdagen.

#### **4.2.2.2. Motivere til livsstilsendringer**

Ögmundsdottir et al. (2018) og Harbman (2014) viste hvordan sykepleieledete intervensjoner kunne bidra til signifikant større sjanse for røykeslutt for pasientene. Kun én studie hadde kosthold-relatert mål som SCREEN II som undersøkte risikofaktorer når det kom til ernæringen. Denne studien viste blant annet hvordan sykepleiere kunne lede pasienter etter MI til å ha signifikant færre risikofaktorer når det kommer til kosthold (Hunger et al., 2015). Ellers så mange av de kvantitative studiene på positive endringer på mål som BMI, blodtrykk, LDL (usunt kolesterol), triglyserider og blodglukose, som alle kan si noe om omlagt kosthold, legemiddeljusteringer og fysisk aktivitet, så vel som at man slutter med røyking (Harbman, 2014; Hunger et al., 2015; Ögmundsdottir Michelsen et al., 2018). Da det ikke var en forutsetning at man måtte gjennomføre livsstilsendringene for å delta i studiene, kan man si at resultatene viste at sykepleieledet pasientsentrerte intervensjoner motiverte til livsstilsendring hos pasienter etter MI (Harbman, 2014; Hunger et al., 2015; Ögmundsdottir Michelsen et al., 2018). Resultatene var noe blandet på hvor vidt intervensjonene kunne fremme legemiddelbruk. Ögmundsdottir Michelsen et al. (2018) fant at bruken av Ezitimb ble bedre av intervensjonen, mens bruk av Statiner, ACE-hemmere og betablokkere ikke var ulik kontrollgruppen. Harbman (2014) viste kun en signifikant større bruk av Statin i intervensjonsgruppen, mens Thompson et al. (2022) poengterte at støtte fra familie og venner kunne lede til økt medisinbruk. Denne støtten hjalp dem med å huske å ta medisiner, å se viktigheten av det, i tillegg til å skaffe og/eller administrere medisinene pasienten behøvde.

#### **4.2.3. Pasientsentrert oppfølging**

Særlig tre av studiene la vekt på viktigheten med å se pasienten i den situasjonen den er i, og ikke la egne tanker og idéer ligge til grunn for rådene man gav. Ved bruk av en protokoll for sykepleiere og medfølgende arbeidsbok for pasientene fant Lau-Walker et al. (2016) at sykepleiere oppfattet nye informasjons-behov ved å lytte mer til hva pasientene egentlig tenkte om sin nye livssituasjon. Ved å benytte denne personlig pasient lærings protokoll hadde sykepleierne oppfattelse av at pasienter stilte flere spørsmål, og deltok mer og sykepleierne lyttet mer til det pasientene hadde å si, enn før de benyttet protokollen (Lau-Walker et al., 2016). Rehabiliteringsarbeidet hadde med andre ord blitt mer pasientsentrert. En pasientsentrert tilnærming ble også benyttet i Harbmans (2014) studie hvor pasienters prioriteringer og ønsker ble prioritert, og man forsøkte å oppnå en terapeutisk allianse. Målet i dette studiet var også å se etter mer empowerment, opptak til behandling/rehabilitering, bedre fysisk funksjon og emosjonelt velvære. Denne pasientsentrerte oppfølgingen økte rehabilitering-atferd og opptaket til rehabiliteringen bedre enn kontrollgruppen.

#### **4.2.4. Samarbeid med pårørende**

Thompson et al. (2022) fant at forståelsen pårørende hadde av hvordan de kunne være til støtte. Det er ikke unormalt da pårørende ønsker det aller beste og kan være usikker på hvor mye pasienten burde yte etter MI. Fravær av informasjon om utbytte pårørende kan ha av å delta i rehabiliteringsopplegg som pasienten blir tilbudt, gjorde også at noen valgte å ikke delta, når dette kunne hjelpet pårørende å gi god støtte under rehabiliteringen. Dette gjorde at pårørende, tidlig i forløpet, tenkte trening var for stor påkjenning for den hjertesyke (Thompson et al., 2022). Dette stemmer overens med det Birtwistle et al. (2022) fant i sin studie. Her viste det seg også at familie og pårørendes støtte ikke alltid kun var hensiktsmessig. Frykten for gjentatte MI ledet noen ganger til at pårørende «sydde puter under armen» på MI-pasienten og begrenset dem, der de ikke nødvendigvis burde begrenses. Begge studiene fant derimot flere fordeler ved å ha en støttende pårørende når (eller hvis) de først forsto sin rolle og hvordan de best kunne støtte MI-pasientenes rehabilitering (Birtwistle et al., 2022; Thompson et al., 2022).

### **5. DISKUSJON**

Analysen av temaene identifisert i studiene som ble utvalgt gir et godt overblikk over hvilke utfordringer pasientene har etter MI, og hvordan sykepleierens rolle kan bidra til å møte disse behovene. Her vil studien videre drøfte resultatene fra studien opp mot hvilke teorier som allerede finnes på området når det gjelder sykepleierens rolle ved rehabilitering etter MI.

Hjerterehabilitering innebærer i stor grad livsstilsendringene som å øke bruken av aktivitet, slutte med røyking, endre kosthold og mer (Eikeland et al., 2020, s. 275). Resultatene viste i hovedsak til sykepleierens rehabiliterende, undervisende og veiledende funksjon. Og man kan si at de andre temaene identifisert; samarbeid med pårørende, pasientsentrert oppfølging og motivering til rehabilitering faller under denne funksjonen. Disse temaene går dermed mye inn i hverandre, til tross for at mye kan sies om de hver for seg. Jeg vil her gå inn på hvordan disse funnene beriker beskrivelsen av sykepleierens rolle i rehabiliteringen etter myokard infarkt.

#### **5.1. Hvordan gi pasientsentrert undervisning og veiledning**

Alle pasienter er ulike, og har ulike interesser, utgangspunkt for opptrening og helsetilstand. Dermed er det viktig å se pasienten for den den er, og ikke anta utfordringer, tanker og følelser de måtte kjenne på, uten å først spørre. Et tradisjonelt paradigme når det gjelder relasjonen mellom leger, sykepleiere og pasienter har på mange måter dreiet seg om at lege og sykepleiere har vært hoved-valgtagerne for pasienten. Det er derfor gledelig og hensiktsmessig at helsesektoren i flere vestlige land har gått over til en nyere partnerskaps-modell der det er mer fokus på brukermedvirkning og empowerment i pasient-relasjonen (Coulter et al., 2013). Norsk lov støtter også opp om dette ved å lovfeste at «pasienter har rett til å få informasjon om behandlingstiltak, prosedyrer, undersøkelser og behandlingsforløp» (Pasient-og-brukerrettighetsloven, 1999). Uten denne informasjonen blir brukermedvirkning umulig. Det er også funn som tilsier at det er hensiktsmessig at sykepleiere blir gitt rollen med å formidle medisinsk og rehabiliterende veiledning i stedet for leger, da Harbman (2014) viste at pasienter lettere lyttet og justerte seg etter råd fra sykepleiere fremfor når de fikk informasjonen fra leger. Dette kan det være flere grunner til. En grunn kan være at leger fort kan bruke komplisert språkbruk, eller at de har dårlig tid, og dermed går for raskt frem. En annen grunn kan være at man kan føle på en større «avstand» fra leger,

og at sykepleiere som regel har mer regelmessig pasient-nær kontakt, og dermed formidler mer forståelse og mer tilpasset informasjon for pasientene.

Resultatene i denne litteraturstudien viste at undervisning og veiledning var viktige temaer for sykepleierens rehabiliterende rolle. Dette er viktig fordi det setter fokus på utfordringen sykepleiere har med å fremme egenomsorg i rehabilitering etter hjertesykdom (Eikeland et al., 2020, s. 229). Pasienter kan blant annet trenge denne veiledning da de har opplevelsen av å måtte etablere en «ny normal» i hverdagen, med nye utfordringer (Birtwistle et al., 2022). Dette kan man tenke at er ekstra krevende for noen som har levd et langt liv der man har et etablert aktivt liv, enten i jobb – eller i fritids sammenheng. En traumatisk opplevelse kan også gi behov for eksistensielle og åndelig oppfølging (Stubberud, 2019, s. 111). Og det å åpne for spørsmål angående tro, mening og hensikt med livet, vil for mange være beroligende (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 247). Angst og utrygghet er også vanlig å oppleve da hendelsen med MI kan ha satt dype spor (Tjordal, 2021), noe som leder til ytterligere behov for å bli beroliget og få riktig undervisning for å unngå unødvendige bekymringer.

Intervensjonene i de kvantitative studiene inkluderte her, har dermed vært hensiktsmessige da de viste til risikofaktorer og måter å forebygge dette på i undervisning før utskrivelse, og i løpet av rehabiliteringen etter MI (Harbman, 2014; Hunger et al., 2015; Lau-Walker et al., 2016; Mohammadpour et al., 2015; Ögmundsdottir Michelsen et al., 2018). Noe som ledet til mer tilslutning til legemidler, rehabiliterende adferd og livsstilsendringer. Dette viser også Thompson et al. (2022) at er viktig for å fremme motivasjonen, som vi kommer nærmere inn på. Noe annet som kan tilrådes, er å vise til utfordringer hjertepasienter vanligvis møter på, for å dermed kunne tilby alternativer og mulighetene som finnes hvis eller når pasientene senere møter på disse (Birtwistle et al., 2022; Thompson et al., 2022). For eksempel kan man tilby å ha en oppfølgingssamtale der sykepleier benytter seg av motiverende intervju når disse utfordringene skulle vise seg.

Det å strukturere både undervisning og veiledningen har vist seg hensiktsmessig på flere måter, noe som anbefales for å gi pasientene den støtten de trenger når det gjelder funksjonstrening og fortolkningsprosessen de går gjennom (Romsland et al., 2015, s. 138). Lau-Walker et al. (2016) viste at en systematisk protokoll kunne hjelpe med å fremme et effektivt pasient-sentrert samarbeid mellom sykepleier og pasient og avdekke informasjonsbehov. Og samtlige kvantitative studier benyttet seg av strukturerte intervensjoner og noen benyttet seg av strukturerte intervju, som alle viste god effekt på flere mål. Her er det viktig at det også kan ta tid og være krevende å implementere en strukturert protokoll for sykepleierne som skal lede arbeidet, noe som også krever mere tid og ressurser på arbeidsplassen (Lau-Walker et al., 2016). Men da pasienten ofte kan ha nok med seg selv, og har vansker med å ta inn for mye informasjon i starten av rehabiliteringsfasen (Eikeland et al., 2020, s. 251), bør likevel en plan og skriftlig informasjon benyttes for å skape trygge rammer og gjøre livet mer forutsigbarhet for pasienten.

## **5.2. Hvordan fremme motivasjon til rehabilitering?**

Motivasjon er en viktig del av å fremme rehabilitering som sykepleier. Og flere studier belyste hvordan den kunne bli fremmet eller hemmet av indre og ytre faktorer (Birtwistle et al., 2022), og at Orems egenomsorgsteori kan benyttes for å øke motivasjon og egenomsorgsattferd hos pasienter etter MI (Mohammadpour et al., 2015). Det er flere

ganger problematisert at rehabilitering benyttes for lite (Munkhaugen et al., 2018), og at den vitale effekten rehabiliteringen egentlig kan gi, er grunn nok til at noen vil gjøre det til et obligatorisk eller som et like viktig tilbud som legemiddel-behandlingen etter MI (Balci, 2022).

Empowerment er et begrep som benyttes mye når det kommer til motivasjon, nettopp fordi det handler om relasjonen og maktforhold; og her, kunnskap hos helsepersonell, og kunnskap – og nyttiggjøring av kunnskapen hos pasientene selv. Altså handler det om at det er viktig å styrke pasienten med myndighet til å ta egne valg basert på kunnskapen de har blitt gitt (Romsland et al., 2015, s. 151-152). Det kan også på mange måter sammenlignes med Orems begrep om egenomsorgskapasitet i Orems egenomsorgsteori (Romsland et al., 2015, s. 164). Empowerment vil her kunne øke denne kapasiteten da de gir «makt» tilbake til pasienten, slik at de får en økt kapasitet til å ta vare på seg selv i den nyoppståtte situasjonen. Konseptet er særlig viktig når mye av rehabiliteringen må skje på eget initiativ når pasienten er hjemme. Empowerment og motivering må likevel skje i samspill med pasientens evne til å ta vare på seg selv og deres evne til å ta inn ny informasjon. Blant annet fordi de kan være lite mottakelige for dette i tidlig fase etter MI (Eikeland et al., 2020, s. 251). Derfor gir det god mening at skriftlige brosjyrer og strukturert protokoller og arbeidsbøker har vist seg behjelpelige (Hunger et al., 2015; Lau-Walker et al., 2016), da de kan se på og repetere informasjonen på et senere tidspunkt. Det kommer ikke tydelig frem i studiene med sykepleier-ledete intervensjon, hva slags strukturer tilnærming som benyttes, annet enn at den er pasientsentrert og noen viser til at de ønsker å fremme empowerment og egenomsorgsattferd (Harbman, 2014; Hunger et al., 2015; Lau-Walker et al., 2016; Mohammadpour et al., 2015; Ögmundsdottir Michelsen et al., 2018) Uansett, vil det være hensiktsmessig å benytte seg av motiverende intervju som et verktøy, da det har vist seg å fremme brukermedvirkning gi positive rehabiliterings-resultat (Wagner og MchMahon, i Romsland et al., 2015, s. 140). Flere av de faktorene som blir vektlagt i motiverende intervju, blant annet der man viser empati og legge til rette for brukermedvirkning, vil være hensiktsmessig. Dette er blant annet da relasjonen man skaper mellom sykepleier og pasient har noe å si for tilliten pasientene har til informasjonen som blir gitt (Thompson et al., 2022).

### **5.3. Hvordan samarbeide hensiktsmessig med pårørende i rehabiliteringsprosessen?**

Pasientsentrert oppfølging er en viktig del av det å bygge tillit til pasienter, men også for å sikre brukermedvirkning. Det er først og fremst pasienten man kommer i kontakt med både i regionale helseforetak og i kommunen. Likevel har studien gått inn på hvordan det å ikke involvere pårørende i prosessene og undervisningen kan gi noen uønskede følger som er noe man lett kunne unngått (Birtwistle et al., 2022; Thompson et al., 2022). I og med at så mye av den viktigste delen av rehabiliteringen må skje på eget initiativ på hjemmebasis, nemlig å mestre livsstilsendringene i hverdagen, kan man si det like mye er de nærmeste rundt pasienten i det hverdagslige som har en påvirkning på hvor vidt man mestrer endringene.

Stubberud (2019, s. 118) viser til forskning som tyder på at venner og pårørende er den viktigste støtten i rehabilitering etter akutt og kritisk sykdom, til tross for at sykepleier også er ansett som en viktig støtte. Dermed kan man si det også er det hensiktsmessig å samarbeide med pårørende for å sikre at de pårørende gir hensiktsmessig veiledning og råd. For de fleste pårørende ligger det naturlig å bry seg om og dermed gi en god

oppfølging. Likevel har denne studien vist at det er noen som kan la egne bekymringer komme i veien for rehabiliteringen, i stedet for å la faglige råd få bestemme (Birtwistle et al., 2022; Thompson et al., 2022).

Dette stemmer også overens med egen erfaring fra deltagelse på sykehusets hjertescole, der pårørende uttrykte seg bekymret over at ektefelle som hadde gjennomgått MI.

Dermed blir det særlig viktig med et godt samarbeid med pårørende som bor sammen med pasienten, slik at de sammen kan legge opp en plan for livsstilsendringene. Dette gjelder også for at de skal kunne ha oversikt over hvilke symptomer pasientene kan forvente å ha i hvilke situasjoner, og hva man eventuelt burde bekymre seg for nok til å kontakte lege. Da kan man for eks. forhindre at pårørende til pasienter som har vært lite aktiv før MI, blir bekymret over kroppens normale respons på fysisk anstrengelse. Hvis sykepleiere heller hjelper pårørende med å forstå sin rolle i rehabiliteringen, er det mye som tyder på at støtten fra pårørende vil være mer ensidig positiv (Birtwistle et al., 2022; Thompson et al., 2022). Dette kan gjøres ved å inkludere de i undervisning, man kan være obs på å gi de samme rådene til pårørende og pasientene, og man kan være åpen om hvilke utfordringer pårørende kan møte på.

#### **5.4. Betydning for sykepleie**

Med problemstillingen «Hvordan beskrive sykepleiers rolle i rehabilitering etter MI» kan denne studiens betydningen for sykepleie være ganske konkret. Hvordan en sykepleier skal opptre i møte med en pasient i rehabiliteringsprosessen er viktig å være klar over, for å gi en god og faglig basert oppfølging. Som det er poengtert er det lite studier som har belyst sykepleiers rolle ved rehabilitering etter MI, men at sykepleiere har vist seg å kunne gi informasjon på en mer lettfattelig måte enn leger (Harbman, 2014). Dermed er dette et bidrag for at sykepleiere kan se viktigheten av sin rolle, og at de da videre kan være til hjelp for å øke pasienters empowerment, deltagelse og engasjement i rehabiliteringsprosessen.

#### **5.5. Styrker og svakheter med litteraturstudiet**

Styrker med studien er at man får et godt overblikk over både kvantitative og kvalitative mål når det gjelder pasientenes rehabilitering etter MI. Studien har særlig gått inn på sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, og sett hvilke verktøy og virkemidler som gjør sykepleierens rolle mer hensiktsmessig for å fylle pasientenes behov.

En svakhet med studien kan være at det er vanskelig å sammenligne studier med kontrollgruppe som gjennomgår «normale løpet» etter utskrivelsen fra sykehuset, da et «normalt løp» er ulikt fra sted til sted. Dette gjelder særlig da studiene er hentet fra forskjellige land, selv om de er begrenset til å gjelde Europeiske og amerikanske (USA) pasientsituasjoner. Dette, med unntak av Mohammedpour et al. (2015) sin iranske studie, som kun ble vurdert inkludert da de benyttet seg av et teorigrunnlag fra vesten (Orems egenomsorgsteori) og da den ble publisert i en britisk journal. Den ble også benyttet da det var mangel på andre artikler som svarte adekvat på problemstillingen. Effekten intervensjonene gir, kan dermed være ulikt fra sted til sted. Og det kan være vanskelig å konkludere med faktorer som burde endres i det norske helsevesenet, ut ifra denne studien. Samtidig som man også kan si at sykepleier-ledete intervensjoner har vist seg hensiktsmessige på tvers av landegrensener og kulturer.

En annen svakhet er det som Harbman (2014) problematiserer, når studiet beskriver at det er svært lite forskning på sykepleierens rolle i rehabilitering etter hjerteinfarkt (Harbman, 2014). Dette kan jo ha endret seg fra da studien ble publisert i 2014, men

likevel viste søkeresultatene at det (som nevnt) var lite treff å finne. Sent i utarbeidelsen av oppgaven, fant jeg ut at noen artikler ikke var relevant for studien, noe som gjorde at jeg søkte på nytt, der jeg justerte noen ord. I dette søket fant jeg flere artikler da jeg tok vekk «cardiac» fra «cardiac rehabilitation» i søket. Hadde jeg gjort dette tidligere i studien, ville nok valget av artikler ha blitt gjort litt annerledes, og teorigrunnet kunne vært noe større.

## **5.6. Konklusjon**

Studiene har kommet med flere ulike funn. Studien har flere begrensninger, og svakheter, men i det store og hele kan man trekke frem at sykepleieren kan ha en fremtredende og støttende rolle under rehabiliteringsforløpet for en pasient som har gjennomgått MI.

Mye kan sies om sykepleierens rolle i rehabilitering etter MI. Dette gjelder i hovedsak deres veiledende og undervisende funksjon, der de identifiserte temaene var «Veiledning og undervisning», «Pasientsentrert oppfølging», «Motivering til rehabilitering» og til slutt «Samarbeid med pårørende». Her har studien gått i dybden på hvilke faktorer som gjør sykepleierens rolle mer hensiktsmessig og effektiv i det den skal oppnå. Nemlig å fremme økt rehabilitering, egenomsorg, gode livsstilsendringer og mestring hos den det gjelder. Disse faktorene er blant annet hvor vidt sykepleierne tilpasser rehabiliteringen til forutsetningene pasienten har, hvor mye undervisningen tar høyde for utfordringer og hinder de vil møte underveis, og at sykepleier viser forståelse for prosessen det tar å gå fra gammel til ny normalsituasjon. I tillegg er en faktor hvor vidt de tydelig klarer å formidle helsefordelene av å endre livsstil og benytte seg av rehabiliterings-program, og hvor godt de får gitt betryggende veiledning til pårørende slik at de kan bli en støttespiller heller enn et hinder. Og til slutt, hvor vidt de klarer å gi motiverende kommunikasjon i tråd med brukermedvirkning ved å skape en terapeutisk relasjon. En sykepleierledet intervensjon som innebærer disse rådene vil kunne gi et bedre rehabiliteringsforløp for pasienter, selv om det nok vil kreve ressurser og tid. Likevel, i et kostnadseffektivt perspektiv har også sykepleiere vist seg å, i mange tilfeller, kunne gi bedre oppfølging under rehabiliteringen etter MI, enn leger. Noe som kan spare ressursene og kostnadene rundt legebesøk. Og en slik intervensjon kan dermed være lønnsomt i det lange løp.

## Referanseliste

- Balci, S. (2022, 24. november). Trening etter hjertesykdom kan redde liv. *Forskning*.  
<https://forskning.no/hjerteinfarkt-oslomet-partner/trening-etter-hjertesykdom-kan-redde-liv/2112135>
- Birtwistle, S. B., Jones, I., Murphy, R., Gee, I. & Watson, P. M. (2022). "Do what you can with a happy heart": a longitudinal study of patient and family members' lived experiences of physical activity post-myocardial infarction. *Disability and Rehabilitation*, 44(14), 3661-3670. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878560>
- Brieger, D. B., Chew, D. P. B., Redfern, J., Ellis, C., Briffa, T. G., Howell, T. E., Aliprandi-Costa, B., Astley, C. M., Gamble, G., Carr, B., Hammett, C. J. K., Board, N. & French, J. K. (2015). Survival after an acute coronary syndrome: 18-month outcomes from the Australian and New Zealand SNAPSHOT ACS study. *Medical Journal of Australia*, 203(9), 368-368. <https://doi.org/10.5694/mja15.00504>
- Coulter, A., Roberts, S. & Dixon, A. (2013). *Delivering better services for people with long-term conditions: Building the house of care*. The King's Fund.  
[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf)
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2020). Sykepleie ved hjertesykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., s. 229-280). Gyldendal Akademisk.
- Fossum-Raunehaug, S. (2014, 29. oktober, 2022, 1. juni). *Om publikasjonspoeng og publiseringskanaler på nivå 1 og 2*. Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet.  
[https://www.nmbu.no/forskning/forskere/publiserings\\_abc/publisering/node/18449](https://www.nmbu.no/forskning/forskere/publiserings_abc/publisering/node/18449)
- Habilitering-og-rehabiliteringsforskriften. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 51(12), 1542-1556.
- Helse-og-omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2021, 2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Hunger, M., Kirchberger, I., Holle, R., Seidl, H., Kuch, B., Wende, R. & Meisinger, C. (2015). Does nurse-based case management for aged myocardial infarction patients improve risk factors, physical functioning and mental health? The KORINNA trial. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(4), 442-450.  
<https://doi.org/10.1177/2047487314524682>
- Husøy, A.-M. (2021, 2021, 3. januar). *Troponiner*. Store Norske Leksikon.  
<https://sml.snl.no/troponiner>
- Jernberg, T., Hasvold, P., Henriksson, M., Hjelm, H., Thuresson, M. & Janzon, M. (2015). Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *European Heart Journal*, 36(19), 1163-1170. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu505>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Ad notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (Bd. 1, s. 15-29). Gyldendal Akademisk.

- Kvåle, R., Slungård, G. F., Forster, R., Nguyen, T. T. & Eriksen, S. H. W. (2022). *Hjerte- og karregisteret. Rapport for 2012-2021* (978-82-8406-329-4). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/hjerte--og-karregisteret--rapport-2012-21.pdf>
- Lau-Walker, M., Landy, A. & Murrells, T. (2016). Personalised discharge care planning for postmyocardial infarction patients through the use of the Personalised Patient Education Protocol - implementing theory into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1292-1300. <https://doi.org/10.1111/jocn.13177>
- Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A. & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (11-12), 1686-1692. <https://doi.org/10.1111/jocn.12775>
- Munkhaugen, J., Peersen, K., Sverre, E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Dammen, T., Husebye, E. & Otterstad, J. E. (2018, 2018, 6. mars). *Oppfølging etter hjerteinfarkt – er den god nok?* Tidsskriftet. <https://tidsskriftet.no/2018/03/kronikk/oppfolging-etter-hjerteinfarkt-er-den-god-nok>
- Pasient-og-brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal akademisk.
- Statistisk-Sentralbyrå. (u.å.). *Pasienter på sykehus*. SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>
- 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. & Eikeland, A. (2019). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 233-257). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thompson, G., Wilson, I. M., Davison, G. W., Crawford, J. & Hughes, C. M. (2022). "Why would you not listen? It is like being given the winning lottery numbers and deciding not to take them": semi-structured interviews with post-acute myocardial infarction patients and their significant others exploring factors that influence participation in cardiac rehabilitation and long-term exercise training. *Disability and Rehabilitation*, 44(17), 4750-4760. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1919213>
- Tjordal, M. S. (2021, 2023, 26. mai). *Hjerteinfarkt*. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjerteinfarkt/>
- Ögmundsdóttir Michelsen, H., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A. & Leosdóttir, 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 (1), 167-175. <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0907-0>
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2017). Hjerte og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 163-200). Gyldendal Akademisk.



