

Malin Sødahl
Kandidatnummer: 10085

Silje Lio Rosvold
Kandidatnummer: 10143

Sykepleiers ansvar for sekundærforebygging etter hjerteinfarkt

Litteraturbachelor
Antall ord: 7349

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2023

Malin Sødahl
Kandidatnummer: 10085

Silje Lio Rosvold
Kandidatnummer: 10143

Sykepleiers ansvar for sekundærforebygging etter hjerteinfarkt

Litteraturbachelor
Antall ord: 7349

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

«Fortell meg, og jeg glemmer.

Lær meg, og jeg husker.

Innvolver meg, og jeg lærer.»

Benjamin Franklin

Sammendrag

Bakgrunn: I dag er hjerte- og karsykdommer en av de vanligste årsakene til død, og i Norge lever om lag 1,2 millioner nordmenn med hjerte- og karsykdommer. 46% av hjertelatererte dødsfall oppstår som følge av hjerteinfarkt. Da flere og flere overlever hjerteinfarkt, takket være tidlig oppdagelse og moderne behandlingsprinsipper, vil det være et økt behov for sekundærforebygging. Dette krever kompetanse om helsefremming og forebygging hos sykepleier.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å avdekke gunstige livsstilsendringer, motivasjon til å gjennomføre endring og hvilke hindringer som gjør det vanskelig å gjennomføre disse endringene hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie gjennomført mellom april 2023 og juni 2023 og er basert på åtte forskningsartikler. Som støtte til oppgaven er det også brukt annen relevant faglitteratur og forskning.

Resultat: Funn i artiklene indikerer at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt ofte har et behov for støtte og motivasjon for å ivareta livsstilsendringer. Resultatene viser også et behov for undervisning. Dette for å få forståelse for hva det å gjennomgå hjerteinfarkt innebærer, og hva som er fordelene av å gjennomføre livsstilsendringer.

Konklusjon: Pasientene opplever at hindringer for livsstilsendringer er svikt i motivasjon, frykt for tilbakefall og behov for mer oppfølging. I tillegg er disse hindringene med på å vanskeliggjøre økt fysisk aktivitet og endring i kosthold, som blir ansett som de viktigste livsstilsendringene. For å motivere pasienten til å gjennomføre livsstilsendringer må sykepleier legge vekt på intervensjoner som ofte består av en kombinasjon av informasjon, veiledning og undervisning. Det er viktig at sykepleier klarer å implementere dette i hverdagen til pasienten.

Nøkkelord: Sykepleier, hjerteinfarkt, undervisning, informasjon, veiledning, fysisk aktivitet, kosthold

Abstract

Background: Today cardiovascular diseases are the leading cause of deaths, and in Norway about 1,2 million Norwegians live with cardiovascular disease. 46% of heart-related deaths occur as a result of a heart attack. As more and more people survive heart attacks, due to early detection and modern treatment principles, there will be an increased need for secondary prevention. For nurses, this requires expertise in health promotion and prevention.

Aim: The aim of this study is to uncover favorable lifestyle changes, motivation to implement changes and which obstacles that makes it difficult to implement these changes for patients who have undergone a heart attack.

Method: The study is a literature study conducted between april 2023 and june 2023 based on eight research articles. To support the study additional litterature and research have been used.

Results: Findings in the articles indicate that patients who have undergone a heart attack often have a need for support and motivation from the nurse to ensure lifestyle changes. The results also show a need for education, understanding what undergoing a heart attack entails, and what the benefits for undergoing lifestyle changes are.

Conclusion: The patients experience that obstacles to implementing lifestyle changes are a lack of motivation, fear of relapse and the need for more follow-up. These obstacles makes it hard to increase physical activity and changes in diet, which are considered the most important lifestyle changes. In order to motivate the patient to implement lifestyle changes, nurses must emphasize interventions that often consist of a combination of both information, guidance and education. It is important that nurses are able to implement this in the patient's everyday life.

Keywords: Nurse, heart attack, education, information, guidance, physical activity, nutrition

Innhold

1.	Introduksjon	7
1.1.	Introduksjon til tema.....	7
1.2.	Teori	7
1.2.1.	Hjerteinfarkt og forebyggende arbeid	7
1.2.2.	Livsstilsendringer	8
1.2.3.	Sykepleiers ansvar og funksjon	8
1.2.4.	Egenomsorg, empowerment og motivasjon til endring	9
1.2.5.	Lovverk og samhandlingsreformen	10
1.3.	Formål, problemstilling og avgrensing.....	11
2.	Metode.....	13
2.1.	Søkestrategi.....	13
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
2.3.	Søketabell	14
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler	17
2.5.	Analyse	17
3.	Resultater	20
3.1.	Sammenfatning av resultater	24
3.1.1.	Hindringer til livsstilsendring	25
3.1.2.	Motivasjon til livsstilsendringer.....	25
3.1.3.	Fysisk aktivitet og kosthold som livsstilsintervensjoner	25
3.1.4.	Undervisning, egenomsorg og individuell oppfølging.....	26
4.	Diskusjon	27
4.1.	Hindringer til livsstilsendringer og motivasjon til livsstilsendringer	27
4.2.	Fysisk aktivitet og ernæring som livsstilsintervensjoner.....	28
4.3.	Undervisning, egenomsorg og individuell oppfølging	30
4.4.	Metodediskusjon.....	31
4.5.	Konklusjon.....	32
	Referanser	34

Tabeller

Tabell 2.1 Konsepttabell.....	13
Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
Tabell 2.3 Søketablell	14
Tabell 2.4 Evans ´ analyseprosess.....	18
Tabell 2.5 Tematabell	18
Tabell 3.1 Artikkelmatrise A.....	20
Tabell 3.2 Artikkelmatrise B.....	20
Tabell 3.3 Artikkelmatrise C.....	21
Tabell 3.4 Artikkelmatrise D	21
Tabell 3.5 Artikkelmatrise E.....	22
Tabell 3.6 Artikkelmatrise F.....	23
Tabell 3.7 Artikkelmatrise G	23
Tabell 3.8 Artikkelmatrise H	24

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

I vår del av verden er hjerte- og karsykdommer fortsatt en av de viktigste årsakene til sykdom og død (Ørn & Brunvand, 2019, s. 163). I Norge i dag lever om lag en femtedel av befolkningen med hjerte- og karsykdommer, og rundt 1,2 millioner nordmenn mottar legemidler med hensikt å forebygge eller behandle hjerte- og karsykdommer (Ariansen et al., 2021).

Hjerteinfarkt utgjør omkring 46% av dødsfallene relatert til hjerte- og karsykdommer (Wang et al., 2023). I 2021 registrerte hjerte- og karregisteret 13 643 pasienter med diagnosen akutt hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2022). Av disse var 11 548 nye pasienter som tidligere ikke har blitt diagnostisert med akutt hjerteinfarkt.

I dag er det flere som overlever hjerteinfarkt enn tidligere (Ørn & Brunvand, 2019, s. 167). Dette henger tett sammen med bruken av moderne behandlingsprinsipper som for eksempel tidlig utblokking av koronararterier, medikamentell behandling for å redusere kolesteroldannelse, og livsstilsendringer. Når flere og flere overlever akutt hjerteinfarkt er det naturlig at flere pasienter har behov for behandling for sin hjertesykdom, og dermed øker den samfunnsmessige, helsemessige og økonomiske betydningen av iskemisk hjertesykdom (Ørn & Brunvand, 2019, s. 167).

1.2. Teori

1.2.1. Hjerteinfarkt og forebyggende arbeid

Hjerteinfarkt deles inn i to typer, NSTEMI og STEMI (Eikeland et al., 2020, s. 243). Ved NSTEMI er en koronararterie delvis blokkert, mens ved STEMI er koronararterien helt blokkert. Når blodtilførselen inn til hjertet blir helt eller delvis blokkert, vil det samme skje med oksygentilførselen inn til hjertemuskelen (Ariansen et al., 2021). Dersom denne blokkeringen vedvarer lenge nok vil en del av hjertemuskelen dø, og det er dette som er selve hjerteinfarkt.

Primærforebyggende arbeid omfatter arbeid der man jobber mot å nå frem til enkeltmennesker eller grupper av mennesker som ikke har opplevd nedgang i helsetilstand eller blitt syke (Braut & Larsen, 2018). Primærforebyggende arbeid innen medisin og helse anvender ulike arbeidsmetoder. Den vanligste primærforebyggende metoden er helseopplysning. I tilfeller hvor helseopplysning ikke er tilstrekkelig vil medikamentell behandling være nødvendig som primærforebygging.

Sekundærforebyggende arbeid omfatter det å avdekke sykdomsrisiko før symptomer på sykdom oppstår (Braut & Larsen, 2018). I tillegg inngår det å redusere følgene av en

allerede diagnostisert sykdom. Livsstilsendringer og helseopplysning er eksempler på sekundærforebyggende arbeid hos pasienter med hjerteinfarkt. Helseopplysning har som formål å formidle kunnskap om ulike måter man kan forebygge sykdom på, ofte gjennom undervisning. Verdens helseorganisasjon, WHO, (2013) finner at noen av de viktigste risikofaktorene hos hjerteinfarktpasienter er dårlig kosthold og lav fysisk aktivitet. Undervisning om livsstilsendringer i form av godt kosthold og viktigheten av fysisk aktivitet vil dermed inngå i sekundærforebygging. I motsetning til primærforebygging vil hensikten her være å optimalisere prognose og hindre tilbakefall (Helsedirektoratet, 2017a).

1.2.2. Livsstilsendringer

Livsstil kan defineres som måten en person velger å leve på og kommer til uttrykk gjennom vedkommendes handlinger, holdninger, interesser og verdier (Kristoffersen, 2017a, s. 297). Levevaner som for eksempel aktivitet og kosthold er viktig for menneskers helse, og det finnes både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som vil påvirke om personer utvikler sykdom eller bevarer helsen. For å fremme helse og forebygge sykdom kan det være nødvendig at enkeltindividene foretar visse livsstilsendringer. For en person som har gjennomgått hjerteinfarkt kan fysisk aktivitet og kosthold være eksempler på slike endringer.

Ifølge WHO regnes fysisk inaktivitet som den fjerde viktigste risikofaktoren knyttet til kronisk sykdom i verden (Kristoffersen, 2017a, s. 296). Fysisk aktivitet er et overordnet begrep som omfatter blant annet fysisk arbeid, friluftsliv, lek, idrett og trening. Man kan definere fysisk aktivitet som det å bevege seg og anvende kroppen (Helsedirektoratet, 2014). Ved fysisk aktivitet vil hjertet slå kraftigere og raskere, og minuttvolumet - mengden blod som pumpes ut fra venstre hjertekammer - vil øke jo høyere intensitet den fysiske aktiviteten har (Johansen, 2017, s. 141). Helsedirektoratet (2018) anbefaler personer med etablerte hjerte- og karsykdommer å regelmessig være i fysisk aktivitet for å forebygge eventuelle nye hjerteinfarkt og andre alvorlige komplikasjoner. Treningen bør være en blanding av kondisjons- og styrketrening, og for pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt anbefales det å gå turer som mosjon de to første ukene. Aktivitet bør tilpasses pasientens individuelle situasjon (Eikeland et al., 2020, s. 250).

Et sunt kosthold reduserer mortalitet og kan være med på å redusere risiko for nye kardiovaskulære episoder (Eikeland et al., 2020, s. 250). Et sunt kosthold inkluderer frukt og grønt, grove kornprodukter, saltfattig kost og matvarer med mye fiber. Derimot kan et kosthold bestående av store mengder karbohydrater og fett føre til ansamlinger av kolesterol i arteriene (Ytrehus, 2022). Dette understøttes også av helsedirektoratets kostholdsråd som innebærer å spise mer frukt, bær og grønnsaker, inkludere mer fiskeprodukter og redusere inntak av rødt kjøtt, og generelt ha et variert kosthold (Helsedirektoratet, 2015).

1.2.3. Sykepleiers ansvar og funksjon

Sykepleiers ulike funksjonsområder omfatter blant annet helsefremming, forebygging, undervisning, veiledning og informasjon (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). Det er disse funksjonsområdene vi har valgt å fokusere på i oppgaven.

En del av sykepleierens ansvar er helsefremmende arbeid, og det innebærer å arbeide mot å fremme en sunn livsstil hos både barn, unge og voksne (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 22). Det gjelder også hos pasienter som er utsatt for helsesvikt, samt de som er syke. Helsefremmende arbeid omfatter det å styrke pasientens egne ressurser. Gjennom å utvikle kompetanse og ferdigheter kan pasienten forbedre sin helse, noe som kan bidra til økt kontroll over egen situasjon (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). Sykepleiers ansvar for forebyggende arbeid omfatter blant annet primær- og sekundærforebyggende arbeid, som beskrevet tidligere i kapittelet (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.22). For sykepleier innebærer dette å iverksette intervensjoner for å forebygge sykdom og fremme helse.

Informasjon, undervisning og veiledning av pasienter er sykepleieres ansvar, dette for å bidra til trygghet og gi en forståelse for sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 23). Vi forstår informasjon som en kommunikasjonsmetode hvor sykepleiere gir informasjon til pasienter, og anser dette som en enveis metode for kommunikasjon. Derfor ser vi viktighet av undervisning og veiledning som ytterligere intervensjoner, slik at pasienten klarer å implementere endring i sin hverdag. Ansvaret sykepleier har for undervisning og veiledning er knyttet opp mot pasientenes behov for kunnskap og forståelse som igjen henger sammen med ivaretagelse av egen helse (Kristoffersen et al., 2017, s. 19). En veileder kan sees på som en ledsager på veien som går sammen med pasienten og som har til hensikt å hjelpe pasienten nå sine mål (Eide & Eide, s. 258). Hos hjerteinfarktpasienter vil sykepleier tre inn i veiledningsrollen både der det er behov for endring, men også som en støttespiller.

1.2.4. Egenomsorg, empowerment og motivasjon til endring

Dorothea Orem var en amerikansk sykepleieteoretiker og begrepet *egenomsorg* anses som hennes mest kjente bidrag til sykepleien (Cavanagh, 1999, s. 10). Egenomsorg går ut på individets vilje og evne til å ta vare på seg selv og utføre aktiviteter som anses nødvendig for å opprettholde helse, liv og velvære. Ved egenomsorgssvikt er en avhengig av hjelp fra andre, som for eksempel sykepleier. Sentralt i Orem's modell står de såkalte egenomsorgsbehovene som er felles for alle mennesker (Cavanagh, 1999, s. 19). Et av disse behovene er balansen mellom aktivitet og hvile. Å mestre disse egenomsorgsbehovene blir sett på som essensielt for enkeltindividets evne til å utføre egenomsorg, uavhengig av bakgrunn. Vi ser egenomsorgsbegrepet som nært knyttet til *empowerment* da begge omfatter prosesser som handler om ivaretagelse av egen helse og ressurser en person har for å styrke disse.

Verdens helseorganisasjon definerer *empowerment* som en prosess hvor mennesker får økt kontroll over egne ressurser og faktorer som har innvirkning på deres individuelle helse (Eikeland et al., 2020, s. 230). Empowerment er både et mål i seg selv, og prosessen for å nå dette målet. Hos pasienter med hjerteinfarkt vil empowerment gå ut på at pasienten klarer å vinne tilbake egen helse, altså selvstendig anvende ressursene sine, ta ansvar for egen helse og forebygge forverring eller tilbakefall i sykdom. Sykepleiers rolle i fremming av empowerment går i hovedsak ut på undervisning og

veiledning av pasienten (Eikeland et al., 2020, s. 230). Gjennom undervisning og veiledning vil sykepleier være med på hjelpe pasienten å kartlegge egne ressurser, øke kompetanse om sykdommen og informere om viktige sekundærforebyggende intervensjonene.

I lys av Orems teori om å ivareta egenomsorg og empowerment kan man se på hvilken motivasjon pasienter har for endring dersom man opplever svikt i egenomsorg. Når man gjennomgår akutt eller kritisk sykdom kan livssituasjonen bli annerledes og kreve endring i vaner og livsstil (Eide & Eide, 2019, s. 257). I de aller fleste tilfeller vil det være et behov for informasjon, veiledning og rådgivning hos pasientene. Når det kommer til livsstilsendringer og andre ulike endringsprosesser vil veiledning bli en viktigere del av arbeidet til sykepleiere og helsevesenet generelt fremover.

Det er én ting å motta informasjon, råd om endringer i livsstil, men noe annet å være motivert for å gjennomføre disse endringene (Eide & Eide, 2019, s. 259). Vi skiller mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon er motivasjon som kommer fra en kilde som ikke er oss selv, gjerne et annet individ (Kristoffersen, 2017b, s. 366). Indre motivasjon er den typen motivasjon som oppstår inne i oss selv og kommer ikke fra noen ytre forsterkninger. Uten indre motivasjon vil det sjeldent skje endringer, og det er her sykepleier kommer inn (Eide & Eide, 2019, s. 262). Man kan se på sykepleier viktigste oppgave som det å motivere pasienten til endring, og det er her viktig å utfordre pasienten til refleksjon slik at pasienten kan formulere egne tanker og mål rundt endringsprosessen.

1.2.5. Lovverk og samhandlingsreformen

Det er flere relevante lovverk og retningslinjer som blir aktualisert hos sykepleiere og helsepersonell. Lovverkene vi har valgt å inkludere i oppgaven og som kan anses som relevant for problemstillingen er pasient- og brukerrettighetsloven, yrkesetiske retningslinjer, folkehelseloven og lov om kommunal helse- og omsorgstjenester. Vi har også valgt å inkludere samhandlingsreformen, som videre vil bli brukt i diskusjonskapittelet.

Sykepleier og annet helsepersonell er etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 første ledd pliktig til å gi pasienten informasjon som er individuelt tilpasset dens behov (Molven, 2019, s. 204). Dette vil si at informasjonene skal tilpasses blant annet forutsetninger som alder, erfaring og modenhet. Dermed har vi som sykepleiere ansvar for å tilrettelegge denne informasjonen slik at den som mottar informasjonen forstår. Vi har også tatt med § 2-5 i pasient- og brukerrettighetsloven som omfatter retten en pasient har til individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Loven sier at pasienter har rett på å få utarbeidet en individuell plan dersom de har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra helse- og omsorgstjenesten.

De yrkesetiske retningslinjene er retningslinjer som skal hjelpe en sykepleier ved ulike dilemma til å skille mellom rett og galt. Det er ulike sett med verdier og normer som man har opparbeidet seg gjennom utdanningen, og skal fungere som et ideal (Molven, 2019 s. 92). Vi har valgt og ta med retningslinje 2.2 som sier at sykepleier skal bidra til at pasienten opplever livsmot, håp og mestring (NSF, 2019). Vi har også valgt og ta med

retningslinje 2.1 som sier at sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom gjennom å utøve trygg og god sykepleiepraksis. Under denne retningslinjen forstår vi undervisning av pasienter som ett punkt som går under sykepleiers ansvar.

Folkehelseloven sier at ansvar for folkehelsearbeid og helsetjenester til enkeltpersoner er lagt til kommunene (Orvik, 2022 s. 96). Noe som vil si at kommunen har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp til de som oppholder seg der. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-3 viser til at ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal kommunen fremme helse, samt jobbe mot å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). Slikt arbeid skal gjennomføres i form av opplysning, råd og veiledning.

Samhandlingsreformen kom som en ny retning innenfor helsetjenesten med hensikt å styrke samhandlingen mellom de ulike delene i helsetjenesten (Orvik, 2019, s. 166). Reformen hadde som hensikt å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid. Samhandlingsreformen ser på hvordan helsevesenet kan ha bedre flyt i pasientoverganger og pasientforløp. Ut ifra dette har de utviklet en ny kommunerolle, der kommunene får større ansvar for pasientforløp. Dette inkluderer større ansvar for forebygging, behandling og rehabilitering (Meld. St. 47, (2008-2009)). Den nye kommunerollen viser til at pasienter skal få behandling der man bor for å minke belastningen på spesialisthelsetjenesten.

1.3. Formål, problemstilling og avgrensning

Vi har valgt å skrive om hjerteinfarkt da sykepleiers rolle i forebygging, veiledning og ivaretagelse av hjertesyke pasienter er avgjørende for optimalisering av prognose og forhindring av tilbakefall (Helsedirektoratet, 2017a). Vi anser dette som relevant for sykepleie fordi en stor andel av pasientene en sykepleier vil møte i arbeid, enten om dette er i sykehus, sykehjem, eller hjemmesykepleien, har sammensatte sykdommer der hjertesykdom utgjør en viktig del av sykdomsbilde (Ørn & Brunvand, 2019). Vi ser på dette som et viktig tema da vår praksiserfaring tilsier at pasientene har kort liggetid på sykehus, og dermed ser vi et behov for ytterligere oppfølging og veiledning etter utskrivelse til hjemmet.

Oppgaven har i hensikt å avdekke gunstige livsstilsendringer, motivasjon til å gjennomføre endring og hvilke hindringer som gjør det vanskelig å gjennomføre disse endringene hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Vi har dermed følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom undervisning, veiledning og informasjon, motivere pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt til å gjennomføre livsstilsendringer?

Vi har valgt å avgrense pasientgruppen til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt for første gang, og fokusert på tiden rett etter utskrivelse fra sykehus til og med et år etter utskrivelsen. Grunnlaget for disse avgrensningene ligger i oppgavens begrensede omfang. Oppgaven vår har fokus på sekundærforebygging, og legger vekt på undervisning og livsstilsendringer, der vi ser nærmere på aktivitet og ernæring. Vi ser

også viktigheten av bruk av legemidler som sekundærforebygging, men dette er utenfor oppgavens omfang (Helsebiblioteker, 2018).

2. Metode

Oppgaven er en avgrenset systematisk litteraturstudie og baserer seg dermed på allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2017, s. 207).

Litteraturstudie som metode baserer seg på innhenting av forskning og vil dermed dekke en større gruppe mennesker enn en enkeltstudie, og inkluderer data fra både helsepersonell og pasienter. Forskningsartiklene vi samlet ble analysert og enten forkastet eller tatt i bruk basert på relevans for vår problemstilling.

2.1. Søkestrategi

I søkeprosessen etter relevant forskning valgte vi å anvende databasen Cinahl grunnet dens sykepleiefaglige bredde, og Pubmed grunnet dens medisinske bredde (Helsebiblioteket, 2021). I starten av søkeprosessen søkte vi etter generell forskning rundt hjertesykdom. Etter hvert som vi fant interessante artikler, begynte vi å formulere en problemstilling og spesifisere søkene våre. For å finne relevante søkeord knyttet opp mot vår problemstilling valgte vi å bruke en konsepttabell. Vi valgte å bruke konsepttabell istedenfor PICO da dette ble mest oversiktlig for oss. For å utvide søket valgte vi også å bruke MeSH for å finne fagterminologi på engelsk, som igjen ville gjøre det enklere for oss å finne relevant forskning.

Tabell 2.1 Konsepttabell

Konsepttabell			
Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Hjerteinfarkt (Myocardial infarction or heart attack)	Livsstilsendringer (Lifestyle changes or lifestyle modifications or lifestyle choices)	Kosthold (Diet)	Informasjon (Information)
Hjerteinfarkt (Myocardial infarction or heart attack or MI or acute coronary syndrome)	Egenomsorg (Self care)	Tiltak (Interventions)	Sykepleier (Nurse or nursing)
Hjerteinfarkt (Myocardial infarction)	Kosthold (Diet or nutrition)	Fysisk aktivitet (Physical activity or exercise)	Dødelighet (Mortality)

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I arbeidet med å finne artikler som var relevante for vår problemstilling utarbeidet vi relevante inklusjons- og eksklusjonskriterier basert på retningslinjer om bacheloroppgaven og krav til akademisk oppgaveskriving. Ved å avgrense søket til publiseringsårstall mellom 2012 og 2023 fokuserer vi på nyere forskning som er relevant for dagens samfunn og sykdomsbilde.

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å basere forskningen på pasienter mellom 19-44 år, som MeSH definerer som voksen (MeSH, 2022). Under søkeprosessen fant vi derimot ikke nok relevant forskning for denne avgrensningen av alder. Derfor har vi valgt å ikke legge fokus på alder, men ekskludert personer under 18 år. Et annet eksklusjonskriterier er kjønn. Selv om symptomer og forekomst av hjerteinfarkt er forskjellig for kvinner og menn, er sekundærforebyggende intervensjoner relevant for begge (Eikeland et al., 2020, s. 245).

Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsårstall mellom 2012-2023	Personer under 18 år
Fagfelleverderte artikler/tidsskrift	Hjerte- og karsykdommer som ikke går under iskemiske hjertesykdommer og koronarsykdom
Engelsk- eller norskspråklig	Kjønn
Kvantitative og kvalitative artikler	
Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt og akutt koronarsykdom	
IMRAD-struktur	

2.3. Søketablell

I denne tabellen presenterer vi fire systematiske søk som endte i åtte artikler.

Tabell 2.3 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Antall leste abstrakt	Valgte artikler
Cinahl	12.04 .2023	S1.	(MH "Myocardial infarction or heart attack og MI or acute coronary syndrome")		106,848		
		S2.	(MH "Lifestyle changes or		16,373		

			lifestyle modifications or lifestyle choices")				
		S3.	S1 AND S2		578		
		S4.	S1 AND S2	År 2013-2023, Peer reviewed, Adult: 19-44 years	64	24	2 (A, B)
Cinahl	12.04 .2023	S1.	(MH "life style changes" OR "Lifestyle changes")		14,903		
		S2.	(MH "Myocardial infarction +) OR "Myocardial infarction or heart attack or MI or acute coronary syndrome" OR (MH "acute coronary syndrome")		56,444		
		S3.	S1 AND S2		311		
		S4.	S1 AND S2	År 2013-2023, Peer reviewed	99	36	4 (C, D, E, F)
Cinahl	11.04 .2023	S1.	(MH "Self care+)		60,493		
		S2.	(MH "myocardial Infarction+)		50,283		
		S3.	(MH "Adult+)		2,062,546		
		S4.	"Adults"		291,855		
		S5.	S3 OR S4		2,151,574		
		S6.	"Intervention"		350,289		
		S7.	"Nurse"		323,972		
		S8.	"Nursing"		807,484		

		S9.	S7 OR S8		928,04 1		
		S10.	S1 AND S2 AND S5 AND S6 AND S9	År 2013-2023, Peer reviewed	9	9	1 (G)
Pubmed		S1.	"Myocardial infarction"		11,172		
		S2.	"Myocardial infarction" AND "diet" AND "Mortality"	År 2013-2023, engelsk- eller norskspråklig, Adult: 19-44 år.	115	26	1(H)

Inkluderte artikler:

- A.** Doležel et al., (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 10(2), 1026-1034.
<https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010>
- B.** Mok et al., (2013). A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(3), 256-266.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824a37b7>
- C.** Eshah, N. F. (2013). Pre-discharge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 273-279.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nhs.12018>
- D.** Nicolai et al., (2018). To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness*, 14(1), 25-41. <https://doi.org/10.1177/1742395317694700>
- E.** Doyle et al., (2012). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 32-41.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x>
- F.** Ekblom et al., (2018). Increased physical activity post-myocardial infarction is related to reduced mortality: results from the SWEDEHEART registry. *Journal of the American Heart Association*, 7(24).
<https://doi.org/doi:10.1161/JAHA.118.010108>
- G.** Mohammadpour et al., (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/https://doi.org/10.1111/jocn.12775>

H. Li et al., (2013). Better diet quality and decreased mortality among myocardial infarction survivors. *JAMA Internal Medicine*, 173(19), 1808-1819.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9768>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Etter å ha lest overskrift og abstrakt ble det bestemt hvilke artikler som var av relevans for vår oppgave. Neste steg ble å lese gjennom artiklene for å sjekke om de passet inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. I denne prosessen var det flere artikler som ble forkastet selv om de passet inklusjons- og eksklusjonskriteriene, da vi vurderte at innholdet ikke hadde resultater som svarte på vår problemstilling. I den videre kvalitetssjekken av artiklene søkte vi de opp i Oria.no for å forsikre oss om at de var fagfellevurdert.

Vi har inkludert artikler med både kvalitativ og kvantitativ metode. En kvantitativ metode gir oss data som består av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Disse artiklene er med på å gi oss håndfaste tall på ulike resultater og kan brukes i drøfting for å sammenligne. En kvalitativ metode gir oss data på meninger og opplevelser av de undersøkte og ikke tall eller målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Dette hjelper å belyse problemstillingen ved at vi får meningene og opplevelsene hos de inkluderte i studien.

Grunnet ulik prevalens av hjertesykdom i ulike deler av verden har vi gjort en vurdering på om artiklenes geografiske område er overførbart til den norske helsetjenesten. Vi har valgt å inkludere fire artikler basert utenfor Europa: En fra Jordan, en fra Iran, en fra Kina og en fra USA. Vi vil presisere at vi ikke har kunnskap om helsesystemene utenfor Europa og hvorvidt de kan sammenlignes med helsesystemene innenfor Europa. I midlertidig ser vi at resultatene fra artiklene utenfor Europa tilsvarer de innenfor Europa og velger dermed å inkludere artiklene.

Basert på vurderingsprosessen over har vi endt opp med åtte artikler som vi mener er relevant for vår problemstilling og dermed inkludert i oppgaven.

2.5. Analyse

For å strukturere analysen av artiklene, har vi valgt å bruke Evans' (2002) analysemodell. Modellen viser til fire steg for å analysere artiklene. Vi vil fremstille analysen i to tabeller for å skape bedre oversikt.

Tabell 2.4 viser de fire stegene analysen innebærer.

Tabell 2.4 Evans´ analyseprosess

Analyseprosess	
Trinn 1	Datainnsamling: Inkluderer innsamling av forskningsartiklene (Evans, 2002). Metoden vi har brukt for datainnsamling blir beskrevet i kapitel 2 og fremstilt i søketabell 2.3 og konsepttabell 2.1.
Trinn 2	Identifisere hovedfunn: Inkluderer å lese artiklene flere ganger slik at man kan finne ulike temaer og få en forståelse for studien i sin helhet (Evans, 2002). Vi så deretter på nøkkelord i studien som var relevant for vår problemstilling.
Trinn 3	Sammenligning av hovedfunn: Inkluderer å sammenligne studiene vi har funnet og finne felles temaer som belyser vår problemstilling (Evans, 2002). Deretter deler man funnene inn i temaer og ser hvilke artikler som har de samme temaene.
Trinn 4	Fenomenbeskrivelse: Inkluderer en presentasjon av resultatene og den vil bli presentert i kapittel 3.1 (Evans, 2002). Dette legger grunnlaget for drøfting i kapittel 4.

Tabell 2.5 viser inndeling av artikler i hoved- og undertema.

Tabell 2.5 Tematabell

Hovedtema	Undertema	Artikler som omhandler temaene
Hindring til livsstilsendring	Forståelse for sykdom Oppfatte viktighet av livsstilsendringer Frykt for tilbakefall Betydning av livsstilsendringer	B, D
Motivasjon til livsstilsendringer	Frykt for tilbakefall Fordeler av livsstilsendringer Støtte Rett informasjon til rett tid Egenomsorgsevne	D, E, G
Fysisk aktivitet og kosthold som livsstilsintervensjoner	Redusere dødelighet Styrket selvfølelse, styrket motivasjon Oppfølging	B, D, F, H

<p>Undervisning, egenomsorg og individuell oppfølging</p>	<p>Tett oppfølging</p> <p>Bygge sykdomsforståelse</p> <p>Forståelse av gitt informasjon</p> <p>Behov for undervisning og veiledning</p> <p>Egenomsorg</p>	<p>A, B, C, D, E, G</p>
---	---	-------------------------

3. Resultater

Artikkelmatrisene presenterer våre inkluderte artikler og herunder deres hensikt, metode, resultat og relevans for problemstillingen.

Tabell 3.1 Artikkelmatrise A

Artikkelmatrise A	
Referanse A	Doležel, J., & Jarošová, D. (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. <i>Central European Journal of Nursing & Midwifery</i> , 10(2), 1026-1034. https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å underøke effekten av læring rundt forekomsten av risikofaktorer og etterlevelsen av livsstilsendringer hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.
Metode	Studien er en klinisk intervensjonell forklarende studie. 165 deltakere ble fordelt på to kohorter, en intervensjongruppe og en kontrollgruppe, hvor intervensjongruppen mottok undervisning fra sykepleier.
Resultat	Oppfølging etter ett år viste at pasientene i intervensjonsgruppen hadde større forståelse for sin situasjon, bedre sykdomsinnsikt og større medikamentetterlevelse enn dem som var i kontrollgruppen.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er relevant for vår problemstilling da den viser at de som mottar undervisning allerede på sengepost får et bedre utgangspunkt for forståelse for sykdom og etterlevelse av medikament og livsstilsintervensjoner.

Tabell 3.2 Artikkelmatrise B

Artikkelmatrise B	
Referanse B	Mok, V. K. F., Sit, J. W. H., Tsang, A. S. M., Chair, S. Y., Cheng, T. L., & Chiang, C.-s. (2013). A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 28(3), 256-266. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824a37b7
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å undersøke effekten av sykepleiers oppfølging av kostholdintervensjoner hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.
Metode	Studien er en randomisert kontrollert studie med 82 deltakere fra september 2008 til mars 2009. Deltakerne ble plassert tilfeldig i to grupper, intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen.

Resultat	Deltakerne i intervensjonsgruppen viste signifikant positive endringer i kosthold, spesielt med tanke på redusert inntak av mettet fett og produkter med stort saltinnhold, samt et økt inntak av hjertevennlig mat, som frukt og helkorn-produkter.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er av relevans for vår problemstilling fordi den belyser sykepleierens rolle i undervisning av sekundærforebyggende intervensjoner. Den forklarer også godt viktigheten av å implementere kunnskapen og ikke kun undervise.

Tabell 3.3 Artikkelmatrise C

Artikkelmatrise C	
Referanse C	Eshah, N. F. (2013). Discharge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. <i>Nursing & Health Sciences</i> , 15(3), 273-279. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nhs.12018
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å identifisere effektiviteten av undervisning i helse og sykdomsbilde hos pasienter som har gjennomgått akutt koronarsykdom før utskrivning fra sykehus.
Metode	Studien er en kvasi-eksperimentell pretest-post-test studie med 104 deltakere hvor 51% hadde hjerteinfarkt og 49% hadde ustabil angina pectoris. Deltakerne ble delt inn i to grupper, der den eksperimentelle gruppen mottok et helseutdanningsprogram.
Resultat	Studien fant at det å gi pasienter helseopplæring om sykdomsbilde, risikofaktorer før utskrivning vil være med på å motivere til å følge en sunn livsstil etter utskrivning.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Selv om studien tar for seg akutt koronarsykdom og ikke spesifikt hjerteinfarkt ser vi den som relevant for vår problemstilling da 51% av deltakerne hadde hjerteinfarkt som diagnose og ustabil angina pectoris er tett knyttet sammen med hjerteinfarkt. Studien viser at helseopplæring før utskrivelse er med på å motivere pasienter til å gjennomføre livstilsendringer og få den til å lede et sunnere liv.

Tabell 3.4 Artikkelmatrise D

Artikkelmatrise D	
Referanse D	Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction.

	<i>Chronic Illness</i> , 14(1), 25-41. https://doi.org/10.1177/1742395317694700
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å undersøke nøkkelfaktorer relatert til livsstilsendringer hos personer som har gjennomgått akutt hjerteinfarkt.
Metode	Studien er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av 21 personer med nylig gjennomgått akutt hjerteinfarkt.
Resultat	Studien finner at evnen til å gjennomføre livsstilsendringer etter akutt hjerteinfarkt påvirkes av en kombinasjon av individuelle fysiske og psykiske faktorer og sosiale faktorer. Intervjuene viser et større behov for individuelt tilpasset informasjon om sykdom, risikofaktorer, årsaker og fordeler av livsstilsendringer.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er relevant for vår problemstilling da den viser viktigheten av individuelt tilpasset informasjon, og hvordan kartlegging av ressurser vil hjelpe sykepleiere å tilpasse denne informasjonen til hver pasients individuelle behov

Tabell 3.5 Artikkelmatrise E

Artikkelmatrise E	
Referanse E	Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P., & McAloon, T. (2012). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21(1-2), 32-41. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å utforske problemer som påvirket kostholdsvalgene tatt av pasienter som deltok på en sekundærforebyggende klinikk etter gjennomgått hjerteinfarkt.
Metode	Studien er et kvalitativ studie med semistrukturert intervju av ni deltakere der de utforsket pasientenes erfaringer med kostholdsvalg.
Resultat	Studien kommer frem til seks sentrale temaer som bidro til pasientenes valg av kosthold. For deltakerne var frykt den primære motivatoren for å endre kostholdet sitt. Selvkontroll, bestemethet og pågående støtte er også sentrale begrep for positive kostholdsvalg. Dårlig forståelse av informasjon, et behov for ytterligere støtte og svingende viljestyrke hindret deltakernes evne til å opprettholde endring av kosthold.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er relevant for vår problemstilling da den hjelper oss forstå hvorfor pasienter tar de kostholdsvalgene de tar, og kan bidra til økt kompetanse rundt motivasjonen som driver pasientene.

Tabell 3.6 Artikkelmatrise F

Artikkelmatrise F	
Referanse F	Ekblom, O., Ek, A., Cider, Å., Hambraeus, K., & Börjesson, M. (2018). Increased physical activity post-myocardial infarction is related to reduced mortality: results from the SWEDEHEART registry. <i>Journal of the American Heart Association</i> , 7(24). https://doi.org/doi:10.1161/JAHA.118.010108
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å undersøke hvilken effekt endring i fysisk aktivitet vil ha på overlevelse etter gjennomgått hjerteinfarkt.
Metode	Studien er en oversiktsartikkel som har samlet data fra SWEDEHEART-registeret om informasjon fra to oppfølging besøk hos pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt. De inkluderte 22 227 pasienter som var førstegangsdiagnostisert med hjerteinfarkt.
Resultat	Studien fant at dersom man øker det fysiske aktivitetsnivået kontra det å være inaktiv det første året etter gjennomgått hjerteinfarkt, vil redusere dødelighet. De som fortsatte å være fysisk aktiv over det første året etter gjennomgått hjerteinfarkt hadde lavest risiko for dødelighet.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er relevant for vår problemstilling fordi den viser effekt av intervensjonen fysisk aktivitet hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Det påpekes også i studiet at dette er en god sekundærforebyggende intervensjon og dermed noe sykepleier kan motivere til som livsstilsendring.

Tabell 3.7 Artikkelmatrise G

Artikkelmatrise G	
Referanse G	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. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24(11-12), 1686-1692. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.12775
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å undersøke virkningen av intervensjoner basert på Orems teori om egenomsorg, hos pasienter med hjerteinfarkt.
Metode	Studien er en randomisert kontrollert studie, foretatt i 2012 i Iran. 66 personer nylig utskrevet fra hjertemedisinsk sengepost for gjennomgått hjerteinfarkt ble tilfeldig delt inn den eksperimentelle gruppen eller i kontrollgruppen. Eksperimentell gruppen mottok veiledning, undervisning og rådgivning.

Resultat	Deltakerne i den eksperimentelle gruppen hadde bedre kunnskap om egenomsorg og motivasjonsfaktorer sammenlignet med deltakerne i kontroll gruppen.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Det er meget relevant at sykepleier iverksetter intervensjoner basert på Orems teori om egenomsorg da undervisning, veiledning og kunnskap om egenomsorg er viktig for at pasienter skal kunne leve optimalt og opprettholde funksjonsnivå etter gjennomgått hjerteinfarkt.

Tabell 3.8 Artikkelmatrise H

Artikkelmatrise H	
Referanse H	Li, S., Chiuve, S. E., Flint, A., Pai, J. K., Forman, J. P., Hu, F. B., Willett, W. C., Mukamal, K. J., & Rimm, E. B. (2013). Better diet quality and decreased mortality among myocardial infarction survivors. <i>JAMA Internal Medicine</i> , 173(19), 1808-1819. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9768
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å undersøke sammenhengen mellom kostholdsvaner pre- og post hjerteinfarkt, og hvordan kvaliteten på kostholdet kan være med på å påvirke dødelighet av alle årsaker.
Metode	Studien er en original forskningsartikkel hvor forfatterne hentet data fra 2 258 kvinner og 1 840 menn som tidligere hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Deltakerne gjennomførte et spørreskjema omhandlende kostholdsvaner pre- og post-hjerteinfarkt.
Resultat	Studien kommer frem til at overlevende av hjerteinfarkt som har et kosthold av høyere kvalitet, har mindre dødelighet av alle årsaker. Den viser også at det største forbedringen i kostholdet til deltakeren var et større inntak av fullkornsprodukter og en reduksjon i inntak av transfett og rødt og prosessert kjøtt.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er relevant for vår problemstilling da den viser til at et kosthold av høyere kvalitet er forbundet med lavere dødelighet, og dermed en god intervensjon for sykepleier å motivere til.

3.1. Sammenfatning av resultater

Gjennom å bruke Evans analysemodell kom vi frem til hovedtemaene hindringer til livsstilsendring, motivasjon til livsstilsendringer, fysisk aktivitet og ernæring som livsstilsintervensjoner og undervisning, egenomsorg og individuell oppfølging.

3.1.1. Hindringer til livsstilsendring

Artikkel (B) forteller oss at intervensjoner knyttet til livsstilsendringer handler om mer enn å bare bli undervist i viktigheten av slike endringer (Mok et al., 2013). Artikkel (D) viser til at dersom pasientene skal kunne gjennomføre livsstilsendringer må de først ha forståelse for sykdom og oppfatte viktighet av livsstilsendringer (Nicolai et al., 2018). Sykepleier må kunne klare å implementere denne kunnskapen i det daglige livet til pasienten. Et antall av deltakerne i artikkel (D) rapporterer visse hindringer til livsstilsendringer. Eksempelvis kan det være at deltakerne følte seg usikre på hva som kunne gjøres annerledes og hvordan slike endringer ville påvirke dem. De hadde også mangel på kunnskap rundt hva det ville si å ha gjennomgått hjerteinfarkt og hvordan dette ville påvirke dem videre. En annen hindring var at de ikke hadde oppfattet fordelene av livsstilsendringer.

3.1.2. Motivasjon til livsstilsendringer

Artiklene (D, E) viser til motivasjon knyttet til livsstilsendringer (Nicolai et al., 2018; Doyle et al., 2012). Artikkel (E) forteller at den største motivatoren til å gjennomføre livsstilsendringer var frykten for tilbakefall i sykdommen samt frykten for nytt hjerteinfarkt og i verste fall død (Doyle et al., 2012). Artikkel (D) ser at flere pasienter som opplever fordelene med livsstilsendringer ble mer motivert til å opprettholde disse endringene (Nicolai et al., 2018). Likevel kan det være vanskelig for pasienter å legge fra seg gamle vaner selv om de ser at det er en nødvendig intervensjon. Her kommer artikkel (D) inn på hvordan sykepleier, gjennom støtte og motivasjon, kan være en ressurs i møte med usikkerheten og det ukomfortable aspektet som kan oppstå når man skal gjennomgå visse livsstilsendringer. Den viser også til hvordan individuelt tilpasset informasjon til rett tid var en faktor for motivasjon til endring.

Artikkel (E) forteller om ulike hindringer og motivasjon knyttet til livsstilsendringer (Doyle et al., 2012). Hindringene som ble tatt opp var et større behov for oppfølging og ytterligere støtte fra helsepersonell og sosial omkrets. Motivasjonen til å gjennomføre livsstilsendringer lå stort sett i determinasjonen til pasientene. Artikkel (G), viser til at enkeltmenneskets kunnskap om egenomsorg og motivasjon til egenomsorg vil hjelpe dem å ta vare på seg selv, altså klare å utføre tilstrekkelig omsorg.

3.1.3. Fysisk aktivitet og kosthold som livsstilsintervensjoner

Artikkel (D) forteller at flertallet av deltakerne som overvåket fysiologiske prosesser knyttet til fysisk aktivitet, ga dem positive tilbakemeldinger og dermed var med på å øke motivasjon og selvtillit (Nicolai et al., 2018). Artikkel (F) viser til fordelene med fysisk aktivitet som en sekundærførebyggende intervensjon, og hvordan dette er med på å redusere dødeligheten hos pasientgruppen (Ekblom et al., 2018). Artikkelen presiserer også viktigheten med at det aldri er for sent å begynne med økt fysisk aktivitet, og at det uansett vil ha en innvirkning om man starter første året etter hjerteinfarkt eller i år tre.

Artikkel (B) forteller at tett oppfølging fra sykepleier ga resultater i etterlevelsen av hjertevennlig kosthold og opprettholdelsen av slikt kosthold (Mok et al., 2013). Den definerer hjertevennlig kosthold som et kosthold som inneholder mindre fett, og har et fokus på større inntak av helkornprodukter. I tillegg forteller artikkel (E) at kosthold med lavere inntak av salt og rødt kjøtt, og høyere inntak av frukt, grønnsaker, fiber og fisk er med på å redusere oppbyggingen av plakk i blodårene og er dermed tilsvarende et hjertevennlig kosthold (Doyle et al., 2012). Artiklene (B, H) viser til middelhavsdiett som en god sekundærforebyggende intervensjon til hjerteinfarkt (Mok et al., 2013; Li et al., 2013). Artikkel (H) forteller at en forbedring i kosthold fra pre- til post-hjerteinfarkt kan resultere i lavere dødelighet relatert til kardiovaskulær sykdom (Li et al., 2013). Artikkel (B) viser til nøkkelrollen sykepleieren har i forbindelse med undervisning om godt kosthold, endringer som anbefales å gjennomføre og det å lage individuelle tilpasset mål for kosthold (Mok et al., 2013).

3.1.4. Undervisning, egenomsorg og individuell oppfølging

Artikkel (B, C) forteller at helseundervisning er en av de viktigste arbeidsoppgavene sykepleier har i løpet av en arbeidsdag, grunnet dens store innvirkning på etterlevelse av livsstilsendringer hos pasienter (Mok et al., 2013; Eshah, 2013). Artikkel (C) viser at undervisning er et effektivt verktøy både i primær- og sekundærforebygging (Eshah, 2013). I tillegg forteller artikkel (B) at tett oppfølging av pasientene også gir bedre etterlevelse av kostholdsrad, og at undervisning i sekundærforebygging etter hjerteinfarkt er en viktig del av veien mot bedret sykdomsforståelse (Mok et al., 2013). Artikkel (A) viser til hvordan jevn undervisning er nødvendig for at pasientene skal kunne klare å opprettholde livsstilsendringene (Doležel & Jarošová, 2019). Der artikkel (E) viser til hvordan dårlig oppfattelse og redusert forståelse av informasjon er et hinder i pasientens evne til å opprettholde endring, bekrefter artikkel (A) dette ved at den viser til at pasienter som mottar helseundervisning får en større forståelse og mer kunnskap rundt sykdommen sin og dermed har enklere for å gjennomføre livsstilsendringer (Doyle et al., 2012; Doležel & Jarošová, 2019).

Artikkel (G) forteller at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt kan oppleve svikt i egenomsorg grunnet dårlig forståelse for sykdom og usikkerhet knyttet til hvordan de kan ivareta egenomsorg (Mohammadpour et al., 2015). Artikkelen viser at pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt ofte har dårlig kjennskap til ivaretagelse av egenomsorg og uten undervisningen ble det ingen bedring i kunnskap knyttet til dette. Gjennom støttende undervisning i egenomsorg, med Orems teori som bakgrunn, ble det en økt forståelse for egenomsorg hos pasientene.

4. Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene presentert i kapittel 3.1 og teorien presentert i kapittel 1.2 bli diskutert opp mot problemstillingen, *hvordan kan sykepleier gjennom undervisning, veiledning og informasjon, motivere pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt til å gjennomføre livsstilsendringer?*

Deretter vil vi diskutere styrker og svakheter opp mot oppgaven og metoden vi har brukt, før vi til slutt danner en konklusjon.

4.1. Hindringer til livsstilsendringer og motivasjon til livsstilsendringer

Kristoffersen (2017a, s. 297) definerer livsstil som en måte en person velger å leve på, og det inkluderer deres handlinger, holdninger, interesser og verdier. Dermed kan en definere livsstilsendringer som endringer i pasientenes holdninger og handlinger. Dersom pasientene ikke har indre motivasjon, vil det sjeldent oppstå endring (Eide & Eide, 2019, s. 262), og en av sykepleierens viktigste oppgaver kan anses som det å motivere pasientene til endring. Doyle et al. (2012) forteller at den største motivatoren til endring er frykten for tilbakefall i sykdom og nytt hjerteinfarkt. Her kan en tenke at denne frykten er en stor nok motivator i seg selv, men Nicolai et al. (2018) forklarer at selv om frykt er en stor motivator til endring, er det likevel vanskelig for pasienter å legge vekk gamle vaner. Sett i lys av dette er det viktig at sykepleier jobber sammen med pasientene for få de til å se fordelene som kommer av livsstilsendringer, og kartlegge hvilke faktorer man anser som hindringer i arbeidet mot ett satt mål. Her må sykepleier jobbe med den indre motivasjonen til pasientene for at det skal oppstå endring. Fra egen praksis erfarer vi at pasienter ofte tenker at de må legge vekk alle sine gamle vaner og må gjennomføre en helomvending i livsstilen sin. Her er det viktig at sykepleier forklarer at det ofte er snakk om små endringer i livsstil for å gi gevinst, og at man ikke trenger å løpe et maraton i uken for å bedre helsen.

Nicolai et al. (2018) viser til hvordan sykepleier gjennom støtte og motivasjon vil være en ressurs for pasientene. I startfasen er det dermed viktig at sykepleier hjelper pasientene med å kartlegge deres egne ressurser i møte med usikkerheten knyttet til livsstilsendringer. Doyle et al. (2012) finner at motivasjonen pasientene har til å gjennomføre livsstilsendringer stort sett ligger i deres egen determinasjon. Her vil sykepleier, gjennom å kartlegge pasientenes motivasjonsfaktorer og sette de opp mot deres hindringer, være en ressurs for dem ved å bidra til å ta kontroll over faktorene som påvirker helsen. Dette er selve kjernen i Empowerment (Eikeland et al. 2020, s. 230). Målet med Empowerment er at pasienten skal kunne være en ressurs for seg og selv kunne klare å ta vare på egen helse og forebygge forverringer av sykdom.

Nicolai et al. (2018) viser til ulike hindringer som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre eller å gjennomgå endringer. De viser til hindringer som usikkerhet rundt hvordan endring kan påvirke deres sykdom, og usikkerhet knyttet til hva pasienten selv kan gjøre for å fremme egen helse og egenomsorg. Til forskjell fra Nicolai et al. (2018) har Mohammadpour et al. (2015) fokus på det å styrke pasientens kunnskap om egenomsorg og motivere de til å ivareta dette. Et synspunkt som fremmer muligheter for hvordan pasienter kan ivareta sin egenomsorg kan ofte virke mer motiverende for pasienten, enn ett synspunkt som ser på hindringer. Dette underbygges av Doyle et al. (2018) som viser til at pasientene har behov for mer oppfølging og ytterligere støtte fra helsepersonell. Sykepleier kan se hindringene til pasientene i lys av Orems egenomsorgsteori og hjelpe pasienten å gjøre hindringene om til motivasjonsfaktorer for endring. Behovet pasienten har for støtte og sykepleierens ansvar for å ivareta mestring hos pasienten underbygges også av de yrkesetiske retningslinjene som sier at sykepleieren skal bidra til økt mestring hos pasienten og fremme håp (NSF, 2019). Dersom sykepleier ikke setter seg inn i pasienten situasjon vil det være umulig å kartlegge disse hindringene, og dermed vanskelig å ivareta pasientens behov for støtte og oppfølging.

En motivator som kommer frem i analysen er frykten for tilbakefall. Er frykt for tilbakefall utelukkende en motiverende faktor, eller kan det også være en hindring til endring hos pasientene? Doyle et al. (2018) forteller at denne frykten fungerer som en motivator til endring hos pasientene. Derimot har vi erfart at frykt også kan være til hindring for endring. Dette blant annet fordi frykten for nytt infarkt er så stor at noen pasienter rett og slett ikke tørr å belaste hjertet i form av fysisk aktivitet. Vi ser dermed at man kan forstå frykt for tilbakefall som både en hindring og en motivator. Dersom man som sykepleier erkjenner dette, kan det være enklere å individualisere intervensjonene etter pasientens behov.

Når dette er sagt, er det etisk riktig å bruke pasientenes frykt for å oppnå endring? Dersom man ser på resultatene til Doyle et al. (2018) ser man at dette er en effektiv intervensjon som i stor grad fører endring i livsstil. På en annen siden kan man anse det som kritikkverdigg at helsepersonell bruker pasientens frykt for å oppnå ønsket mål. Dersom frykt for tilbakefall også ses på som en hindring til endring, kan skremseltaktikken føre til enda større frykt hos pasienten, og potensielt gi en motsatt effekt? Hvor etisk kan dette anses å være da yrkesetiske retningslinjer viser til at sykepleier skal bidra til håp og mestring hos pasient (NSF, 2019). Vi ser at skremseltaktikk i flere tilfeller kan funke som en motivator, men kan til gjengjeld også være til hindring og potensielt skape større utfordringer knyttet til endring.

4.2. Fysisk aktivitet og ernæring som livsstilsintervensjoner

Aktivitet og ernæring kan være eksempler på livsstilsendringer som vil være viktig sekundærforebygging til en pasient som har gjennomgått hjerteinfarkt. Helsedirektoratet har anbefalinger om å være regelmessig fysisk aktiv, med hensikt å forebygge nye hjerteinfarkt (Helsedirektoratet, 2018). Dersom sykepleier kartlegger hindringer til fysisk aktivitet, kan dette avdekke motivasjonen til pasientene og utgangspunktet de har. Som tidligere nevnt er det viktig å hjelpe pasienten til å lage sin egen plan slik at den igjen kan implementeres i hverdagen. Sykepleier bør legge vekt på at pasienter har ulikt

utgangspunkt, derav alder, situasjon og helsetilstand og aktivitet bør tilpasses dette (Eikeland et al, 2020, s. 250). Fra egen erfaring finner vi at pasienter ser på det å øke fysisk aktivitet som en stor utfordring, både på grunn av sin fysiske tilstand, men også relatert til tidsbruk. Ekblom et al. (2018) forklarer at det å øke aktivitet litt vil gi store fordeler og redusere dødelighet. Det er derfor viktig at sykepleier spesifiserer for pasienten at bare det å øke aktiviteten litt vil hjelpe og gi fordeler for pasienten. Videre viser Ekblom et al. (2018) til at det aldri er for sent å starte, og at man vil ha en helsegevinst både om man starter det første året etter gjennomgått hjerteinfarkt, men også om man starter etter tre år.

Et annet relevant synspunkt er at dersom pasienter øker fysisk aktivitet kan dette gi økt selvfølelse og øke motivasjon til å opprettholde livsstilsendringer (Nicolai et al., 2018). Dette synspunktet viser også til at det finnes hindringer hos pasienter som er med å påvirke deres kapasitet til å øke fysisk aktivitet, deriblant fysiske svekkelser. Dette kan utdypes videre gjennom Cavanagh (1999) som viser til at Orem vektlegger åtte sentrale egenomsorgsbehov som sykepleier må kartlegge. Et av disse behovene er balanse mellom aktivitet og hvile, og dersom pasient opplever svikt i behovene er det sykepleiers ansvar å iverksette intervensjoner for å ivareta disse. Gjennom å kartlegge faktorer som hindrer og faktorer som legger til rette for fysisk aktivitet kan sykepleier, med Orems egenomsorgsteori i bakgrunn, hjelpe pasienten med bedre balanse mellom aktivitet og hvile. Denne balansen kan igjen bidra til at pasienten har mer overskudd til fysisk aktivitet, og blir dermed mer motivert til å gjennomføre den.

Eikeland et al. (2020, s. 250) forklarer at for å redusere risiko for nye kardiovaskulære episoder og redusere mortalitet er et sunt kosthold vesentlig. Kostholdet bør inkludere frukt og grønt, grove kornprodukter, saltfattig kost og matvarer som består av mye fiber. Dette er viktige faktorer i sekundærforebygging da et slikt kosthold fremmer bedre helse. Li et al. (2013) viser til at pasienter som hadde forbedring i kosthold fra før gjennomgått hjerteinfarkt til etter gjennomgått hjerteinfarkt, viste seg å ha lavere dødelighet. Videre viser de til at dersom pasienten har et kosthold med redusert mettet fett, redusert sukkerholdig drikke og fruktjuice ga dette også resultat som lavere dødelighet.

Cavanagh (1999) forklarer at Orem ser på egenomsorg som en persons vilje og evne til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å opprettholde helse, liv og velvære, men også for å ta vare på seg selv. Parallelt med Orems egenomsorgsteori ser man nødvendighet av veiledning i kostholdsendringer, da tett oppfølging av sykepleier resulterer i større etterlevelse av kostholdsråd og at det hjalp dem å holde motivasjonen oppe (Mok et al., 2013). Dette illustrerer viktigheten av undervisning i kosthold hos denne pasientgruppen og at sykepleieren har en nøkkelrolle i slik undervisning. Dersom man ser veiledning i kostholdsråd opp mot Orems teori om egenomsorg ser man at for å opprettholde liv og helse må man se på pasienters vilje til å utføre endring og deres motivasjon. Mok et al. (2013) viser til at motivasjonen til pasientene ble opprettholdt ved intervensjoner som kostholdsveiledning, og tett oppfølging av sykepleier eller annet helsepersonell. Det er derfor viktig at sykepleier sammen med pasienten utvikler en plan og et løp der sykepleier har regelmessig kontakt med pasientene, slik at de får bedre oppfølging og føler at de kan snakke med sykepleier dersom det oppstår utfordringer.

4.3. Undervisning, egenomsorg og individuell oppfølging

Pasienten er avhengig av informasjon om sykdom og helse for å få større forståelse rundt viktighet av livsstilsendringer. Nicolai et al. (2018) viser til at for å gjennomgå livsstilsendringer trenger pasienten kontinuerlig og repeterende informasjon rundt aktuelle endringer, nettopp for å forstå hvilke fordeler disse endringene kan gi pasienten. Når vi som sykepleiere gir informasjon som eneste intervensjon for å gi pasientene større forståelse for endring, kan de oppleve at de selv må finne ut hva de skal gjøre med denne informasjonen. Dersom sykepleier implementerer undervisning og veiledning som ytterligere intervensjoner til gitt informasjon kan dette gi mer helhet for pasienten og det kan være enklere for pasienten å implementere dette i sin hverdag.

Kristoffersen et al. (2017) forklarer at ansvaret for undervisning og veiledning hos sykepleier er knyttet mot pasientens behov for kunnskap og forståelse slik at pasienten kan ivareta egen helse. I likhet forklarer Mohammadpour et al. (2015) at pasienter som mottar undervisning med Orems egenomsorgsteori som bakgrunn, får økt forståelse for egenomsorg og ivaretagelse av helse. Dersom man ikke oppfatter hvordan sykdom eller redusert helse vil påvirke helsen, kan det være enda vanskeligere å forstå hvordan endring i livsstil skal bidra til forebygging. Vi har selv erfart i praksis at informasjon som gis ofte er standardisert og pasienter oppfatter den standardiserte informasjonen forskjellig. Sykepleier vil her ha ansvar for å gi informasjon til rett tid og at informasjonen blir tilpasset pasientens situasjon. Dette underbygges av pasient- og brukerrettighetsloven som sier at pasienten har krav på informasjon som er tilpasset deres individuelle forutsetninger (Molven, 2019, s. 204). I lys av dette kan man se at det å bli undervist i viktigheten av endringene ikke er tilstrekkelige som eneste intervensjon og at sykepleier må klare å implementere denne kunnskapen i pasientenes daglige liv (Mok et al, 2013; Nicolai et al, 2018). Her ser vi viktigheten av at sykepleier jobber målrettet og individualisert i samarbeid med pasienten og utvikler en individuell plan slik at livsstilsendringene som blir diskutert faktisk blir gjennomført (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Ved at sykepleier ikke bare informerer og underviser pasientene i endring, men også veileder og bidrar med oppfølging kan det være enklere for pasientene å ivareta endring.

Sykepleiers rolle i undervisning av pasienter er essensiell. Uavhengig om det er på sengepost, på sykehus eller i hjemmesykepleien er det sykepleier som kjenner pasientene best og vet hvilke ressurser de har. Der Eshah (2013) viser til viktigheten av helseundervisning hos pasienter før utskrivelse fra sykehus, ser Doležel & Jarošová (2019) viktigheten av undervisning flere måneder etter utskrivelse fra sykehus. Helseundervisning er dermed en viktig oppgave for sykepleier da dette ofte har stor påvirkning på etterlevelsen av livsstilsendringene hos pasientene både før utskrivelse og i ettertid. Dette underbygges av yrkesetiske retningslinjer hvor sykepleier har ansvar for undervisning (NSF, 2019). Helseundervisningen som skal gis må være nyttig for pasienten og pasienten må selv oppleve undervisningen og informasjonen som hensiktsfull. I likhet med dette ser Nicolai et al. (2018), Doyle et al. (2012) og Mohammadpour et al. (2015) på det at pasientgruppen har behov for oppfølging og støtte for ivaretagelse av livsstilsendringer.

Det er dermed også relevant å se på hvem som har ansvar for å ivareta pasientgruppen etter utskrivelse. Ifølge samhandlingsreformen er det ønskelig at kommune skal ta

ansvar for forebygging og rehabilitering hos disse pasientene etter utskrivelse av sykehuset (Meld. St 47, (2008-2009)). Samhandlingsreformen har utviklet et handlingsmål om en ny kommunerolle som skal ta større del i, og ha større ansvar for behandling av sykdom, men også forebygging og rehabilitering. Dette underbygges av folkehelseloven som sier at kommunen står til ansvar for folkehelsearbeid og helsetjenester til enkeltpersoner (Orvik, 2022, s. 96). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester viser også til at kommunene skal jobbe med forebygging av sykdom, og at denne type forebygging skal gis i form av blant veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). Ut ifra samhandlingsreformen ser vi at kommunen har en vesentlig rolle i oppfølging av denne pasientgruppen, men praksis viser at samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke er tilstrekkelig. Her ser vi at det bør settes inn nye intervensjoner for å optimalisere overgang fra sykehus til hjemmet, og sikre bedre oppfølging av disse pasientene etter ankomst hjem. Vi ser en mulighet for å implementere en koordinator som jobber spesifikt med disse overgangene og koordinerer videre forløp etter utskrivelse.

Ett annet eksempel på hvordan sykepleier kan ivareta behovet for helseundervisning etter utskrivelse er oppfølging via telefon. Dette kan gjennomføres ukentlig i startfasen, og etter hvert som pasienten blir mer og mer selvstendig og sikker i den nye livssituasjonen sin, kan man gå over til en samtale i måneden, eller etter pasientens behov. Dette kan bidra til bedre oppfølging og pasientene kan føle seg bedre ivaretatt. Samhandlingsreformen ser på at kommunen skal ha større ansvar for oppfølging av pasientene i hjemkommunen (Meld. St 47, (2008-2009)). Derfor kan man se på om dette er et tilbud som kan følges opp av helsestasjon eller hjemmetjenesten i kommunen. Som nevnt tidligere viser forskning at pasientene har et større behov for oppfølging, og via telefonsamtaler kan de få tettere oppfølging etter behov. En annen løsning kan være støttesamtaler med hjemmesykepleie i eget hjem eller støttegrupper i kommunen.

Med disse intervensjonene i betraktning, kan man spørre seg hvilken type undervisning vil være gunstig for pasientene? Bør kommunen legge vekt på individualisert undervisning eller vil gruppeundervisning være tilstrekkelig? Når en pasient mottar det man kan kalle generell undervisning om sykdommen sin kan flere oppleve det umotiverende å motta undervisning i tema som ikke gjelder dem spesifikt (Eshah, N., 2013). Eksempelvis vil undervisning i røykeslutt ha lite innvirkning på en pasient som aldri har røyket. I likhet med at Nicolai et al. (2018) viser til at informasjon må være individuelt tilpasset og repeterende, forklarer Doležel & Jarošová (2019) at dersom pasienter skal kunne opprettholde livsstilsendringer må de motta jevn helseundervisning, tilpasset den enkelte pasientens behov. Vi ser derfor at individuell undervisning vil være gunstig, men at gruppeundervisning også kan være motiverende. Dette grunnet at det kan fungere som en arena hvor pasienter kan dele sine erfaringer med andre som har gjennomgått infarkt. Vi ser også at gruppeundervisning kan være mer gunstig å gjennomføre for kommunen, da dette er mer tidssparende og kommunen kan samle alle interesserte på en plass, istedenfor å reise ut til hver enkelt.

4.4. Metodediskusjon

Flertallet av forskningsartiklene vi har brukt er kvantitative. Det kan være en svakhet at vår oppgave dermed fokuserer mindre på pasientens opplevelse og meninger (Dalland, 2019, s. 52). På den andre siden vil randomiserte kontrollerte studier (RCT) vise effekten av intervensjoner. Å inkludere slike studier anser vi dermed som en styrke i vår oppgave da dette vil være med å belyse vår problemstilling med tanke på intervensjoner som undervisning.

Når vi gjennomførte systematisk søk fant vi fort ut av at mesteparten av forskningen konkluderte med viktigheten av undervisning, individuell tilpasset informasjon og viktigheten av endring i fysisk aktivitet og kosthold. Samtidig er dette et tema som må forskes mer på og mye er fortsatt uklart. En annen utfordring var det å finne forskning som var overførbar til norske sykehus. I starten av søkeprosessen fant vi mest forskning fra utenfor Europa. Etter hvert fant vi forskningsartikler basert i europeiske land, men valgte likevel å ta med forskning fra utenfor Europa etter en vurdering av at forskningen også belyste aspekter som var relevante for vår problemstilling. Vi utførte søk av artikler i to forskjellige databaser, Cinahl og PubMed. Vi anser dette som en styrke da bruk av mer enn én database resulterte i flere artikler med relevans for vår problemstilling.

Vi har valgt å bruke Cavanagh (1999) som sekundærkilde til Orem's teori om egenomsorg. Dette kan anses som en svakhet da vi valgte å ikke bruke Dorothea Orem's egen bok, primærkilden. Dalland (2019, s. 162) viser til at ved bruk av sekundærkilder kan det oppstå tolkninger av teorien som er noe annerledes enn primærkilde og det anbefales derfor bruk av primærkilde ved skriving av oppgave. Vi valgte likevel å bruke Cavanagh sin bok da den forklarte Orem's teori på en god og forståelig måte. Vi har også valgt å bruke Molven (2019) som kilde til noen av lovene vi har brukt. Dette kan også anses som en svakhet da det kan ha kommet endringer i lovene som ikke kommer frem ved bruk av boken, men vi vurderte at disse endringene ikke ville være avgjørende.

4.5. Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å svare på problemstillingen *hvordan kan sykepleier gjennom undervisning, veiledning og informasjon, motivere pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt til å gjennomføre livsstilsendringer?*

For å besvare problemstillingen har vi sett på ulike aspekter rundt informasjon, støtte, veiledning og undervisning. Målet med studien var ikke å kartlegge hvor mange som gjennomførte og opprettholdt livsstilsendringer, derimot har vi sett på intervensjoner som fremmer helse og hva en sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasientene. I analysen identifiserte vi fire temaer - hindringer til livsstilsendringer, motivasjon til livsstilsendringer, fysisk aktivitet og ernæring som livsstilsintervensjoner og undervisning, egenomsorg og individuell oppfølging.

Pasienter viser til et behov for undervisning for å øke forståelse for innvirkningen et hjerteinfarkt vil ha, og hvordan det vil påvirke livet i etterkant av utskrivelse. Videre ser vi at undervisning i flere tilfeller ikke er tilstrekkelig, og for at pasientene skal klare å implementere kunnskapen i hverdagen, har de også behov for støtte og veiledning etter hjemkomst for å opprettholde livsstilsendringer. Vi ser også at pasientene har behov for

både undervisning og veiledning i aktivitet og kosthold, for å få forståelse for hvorfor disse livsstilsendringene er viktig å gjennomføre. I tillegg ser vi at gjennom undervisning i egenomsorg, kan dette styrke pasientens forståelse for sykdom og kan hjelpe dem i å bedre ta vare på egen helse og bidra til endring. Dette i samsvar med Dorothea Orem's teori om at dersom egenomsorgen er ivaretatt vil pasienten ha bedre grunnlag for å ivareta helse.

Sykepleier kan dermed gjennom informasjon og veiledning, med disse aspektene i bakgrunn motivere pasientene til å gjennomføre livsstilsendringer ved å hjelpe pasientene til å se gevinst. Sykepleier kan i tillegg bidra med å støtte pasientene dersom det er vanskelig å holde seg motiverte. Det er også viktig at sykepleier er klar over at dersom pasienten ikke ønsker endring, vil endring heller ikke oppstå. Dermed er det viktig å kartlegge motivasjonen til pasienten og jobbe ut ifra det når man setter opp mål.

Intervensjonene vi har diskutert er bare noen eksempler på hvordan sykepleier kan veilede, informere og undervise pasientene og hvordan dette kan utføres etter utskrivelse. Med begrepene informasjon, veiledning og undervisning sett opp mot hverandre og i sammenheng ser vi at tilstrekkelige intervensjoner ofte består av en kombinasjon av alle tre for at livsstilsendringer skal kunne implementeres i pasientenes hverdag og at sykepleiere må legge vekt på dette for å motivere pasienten.

Vi har også sett på hvem som har ansvar for at denne oppfølgingen. Samhandlingsreformen og lov om kommunehelsetjeneste viser til at kommunen skal ha et større ansvar for helhetlige pasientforløp og oppfølging av pasienter, noe vi har erfart at ikke er reelt. Vi har derfor sett et behov for en sykepleiekoordinator som kan bidra til optimalisering av pasientoverganger og kartlegging av pasientenes behov for oppfølging.

Referanser

- Ariansen, I. K. H., Kvåle, R., Olsen, K., & Marie Selmer, R. (2021). *Hjerte- og karsykdommer i Norge* [Folkehelse rapport]. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Braut, G. S., & Larsen, Ø. (2018). Forebyggende medisin. In *Store norske leksikon*.
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Universitetsforlaget AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Doležal, J., & Jarošová, D. (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 10(2), 1026-1034. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010>
- Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P., & McAloon, T. (2012). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 32-41. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x>
- Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2020). Sykepleie ved hjertesykdommer. In D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Eds.), *Klinisk Sykepleie 1* (5 ed., pp. 229-280). Gyldendal akademiske.
- Ekblom, O., Ek, A., Cider, Å., Hambraeus, K., & Börjesson, M. (2018). Increased physical activity post-myocardial infarction is related to reduced mortality: results from the SWEDHEART registry. *Journal of the American Heart Association*, 7(24). <https://doi.org/doi:10.1161/JAHA.118.010108>
- Eshah, N. F. (2013). PredischARGE education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 273-279. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nhs.12018>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(5). <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 17.04.2023 from <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte-og-karsykdommer-i-2021/>
- Helsebiblioteket. (2018). *Legemidler ved sekundærforebygging etter påvist hjertesykdom, aterosklerose og iskemisk hjerneslag*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom#legemidler-ved-sekundaerforebygging-etter-pavist-hjertesykdom-aterosklerose-og-iskemisk-hjerneslag-bruk-av-acetylsalicylsyre-asa-og-andre-platehemmere-ved-kjent-aterosklerotisk-hjerte-og-karsykdom>

- Helsebiblioteket. (2021). *Cinahl*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (IS-2170). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ernæring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf/_/attachment/inline/2f5d80b2-e0f7-4071-a2e5-3b080f99d37d:2aed64b5b986acd14764b3aa7fba3f3c48547d2d/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ernæring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf
- Helsedirektoratet (2015). Helsedirektoratets kostråd – Brosjyre og plakat [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. oktober 2015, lest 04. mai 2023). Tilgjengelig fra
<https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/helsedirektoratets-kostrad-brosjyre-og-plakat>
- Helsedirektoratet. (2017a, 05.03.18). *Kartlegging av levevaner og råd om livsstiltak som forebygging av hjerte- og karsykdom*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levovaner-og-rad-om-livsstiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
- Helsedirektoratet. (2017b, 05.03.18). *Legemidler ved primærforebygging av hjerte- og karsykdom*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/legemidler-ved-primærforebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
- Helsedirektoratet. (2018, 24.01.). *Fysisk aktivitet ved sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Helsedirektoratet. Retrieved 24.03. from
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levovaner-og-rad-om-livsstiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/fysisk-aktivitet-ved-sekundaerforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer#referere>
- 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>
- Johansen, E. (2017). Sirkulasjon. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Eds.), *Grunnleggende sykepleie 2* (3 ed., pp. 129-165). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Livsstil og endring av livsstil. In N. J. kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Eds.), *Grunnleggende Sykepleie 3* (3 ed., pp. 295-348). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2017b). Å styrke pasientens ressurser. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Eds.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3 ed., pp. 349-406). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Eds.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3 ed., pp. 15-27). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Li, S., Chiuve, S. E., Flint, A., Pai, J. K., Forman, J. P., Hu, F. B., Willett, W. C., Mukamal, K. J., & Rimm, E. B. (2013). Better diet quality and decreased mortality among myocardial infarction survivors. *JAMA Internal Medicine*, 173(19), 1808-1819. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9768>
- Meld. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- MeSH. (2022). *MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag*. MeSH UIA. <https://mesh.uia.no/mesh&id=D000328>
- 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/https://doi.org/10.1111/jocn.12775>
- Mok, V. K. F., Sit, J. W. H., Tsang, A. S. M., Chair, S. Y., Cheng, T. L., & Chiang, C.-s. (2013). A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(3), 256-266. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824a37b7>
- Molven, O. (2019). *Helse og jus* (9 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness*, 14(1), 25-41. <https://doi.org/10.1177/1742395317694700>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. In D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Eds.), *Klinisk Sykepleie 1* (5 ed., pp. 18-39). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleieforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse* (3, Ed.). Cappelen Damm Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Wang, Y., Wu, M., & Guo, H. (2023). Modified mRNA as a treatment for myocardial infarction. *International journal of molecular sciences*, 24(5). <https://doi.org/10.3390/ijms24054737>
- WHO (2013) [Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020](#). Geneva: World Health Organization.
- Ytrehus, K. (2022). Aterosklerose. In *Store norske leksikon*.
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2019). Hjerte- og karsykdommer. In S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Eds.), *Sykdom og behandling* (2 ed., pp. 163-200). Gyldendal Norsk Forlag AS.

