



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	476
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7950
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	38
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sykepleiers funksjon i oppfølgingen av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt etter utskrivelse fra sykehus

Nurse's function in the follow-up of patients with a history of myocardial infarction after discharge from hospital

Kandidatnummer 476

Fagkode: SYKHB3001

Bachelor i sykepleie

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innleveringsdato: 28.04.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Hjerte-og karsykdommer er en av de vanligste dødsårsakene i Norge.

Oppfølgingen i tiden etter et hjerteinfarkt kan være avgjørende for å forebygge nye infarkter og øke sannsynligheten for overlevelse. I denne perioden er det flere faktorer som spiller inn for å oppnå ønsket resultat. Dette er faktorer som krever god sykepleie, og faktorer hvor det kreves ferdigheter av pasienten. Denne perioden kan oppleves som krevende for pasienten, og optimal oppfølging fra helsevesenet kan være avgjørende for å forebygge nye infarkter og øke overlevelsessjansen.

Hensikt: Å belyse sykepleierens rolle i oppfølgingen av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, etter utskrivelse fra sykehus. Og sykepleierens rolle i å forebygge nye reinnleggelser.

Metode: Litteraturstudie. For å belyse problemstillingen, vektlegges kvantitative forskningsartikler.

Resultater: Gjennom litteraturstudie som metode, har funnene vist at hjemmebesøk og telefonsamtaler kan være elementer i god oppfølging. Tett oppfølging kan være avgjørende for å forebygge nye reinnleggelser og dødsfall. Studiene har også vist at pasientens motivasjonsgrad kan være avgjørende i rehabiliteringen.

Konklusjon: Sykepleierens rolle i rehabiliteringen av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt etter utskrivelse fra sykehus, kan besvares med flere aspekter. Hovedfunnene er at reinnleggelser og dødsfall kan forebygges med å endre livsstil. Det er flere forhold som skal legges til rette for at pasienten skal oppnå hovedmålet i rehabiliteringen. Dette er forhold som påvirkes både av sykepleier og pasient.

Abstract

Background: Cardiovascular disease is one of the most common causes of death in Norway. The treatment in the time after myocardial infarction can be crucial in preventing new myocardial infarctions and increase the likelihood of survival. During this time, there are several factors that comes into play to achieve the desired result. These are factors that require good nursing, but also patient required skills. The period after a myocardial infarction can be experienced as demanding for the patient, and optimal follow-up by the health care system can be crucial to prevent new myocardial infarctions and increase the chance of survival.

Aim: To shed light in the nurse's role in the follow-up of patients with a history of myocardial infarction, after discharge from hospital, as well as the nurse's functional role in preventing new unplanned hospital readmissions.

Method: Literature study with an emphasis on quantitative research articles.

Results: Through literature study as a method, the result show that home visits and telephone conversations can be elements in good follow-up by the health care worker/nurse. Close follow-up can be crucial in preventing new readmissions and deaths. The studies have shown that the patient's degree of motivation can be decisive in the rehabilitation.

Conclusion: The nurse's role in the rehabilitation of patients with a history of myocardial infarction after discharge from hospital can be answered with several aspects. The main finding is that readmissions and deaths can be prevented by change of lifestyle. There are several conditions that must be facilitated for the patient to achieve the main goal in the rehabilitation, and both the nurse and the patient play a role regarding how these conditions are after affected.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Problemstilling	6
1.3	Oppgavens avgrensinger	6
1.4	Oppgavens oppbygning	7
2.0	Teori	8
2.1	Akutt behandling	8
2.2	Hjerterehabilitering.....	8
2.3	Personlig oppfølging	9
2.4	Individuell plan og koordinator	10
2.5	Motivasjon.....	11
2.6	Livskvalitet.....	11
2.7	Roys adaptasjonsmodell	12
2.8	Health literacy, salutogenese og empowerment	13
3.0	Metode	15
3.1	Hvilken metode?.....	15
3.2	Kvalitativ metode og kvantitativ metode	15
3.3	Litteratursøk	15
3.4	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	15
3.5	Søkehistorikk.....	16
3.5.1	Artikkel 1	16
3.5.2	Artikkel 2	17
3.5.3	Artikkel 3	18
3.5.4	Artikkel 4	18
3.5.5	Artikkel 5	19
3.5.6	Artikkel 6	19
3.6	Kildekritikk	20
3.7	Metodekritikk	20
3.8	Etikk	20
4.0	Resultater	21
4.1	Artikkel 1.....	21
4.2	Artikkel 2.....	22
4.3	Artikkel 3.....	23
4.4	Artikkel 4.....	24
4.5	Artikkel 5.....	25
4.6	Artikkel 6.....	26
5.0	Drøfting.....	27
5.1	Koordinator og livsstil.....	27
5.2	Helsekommunikasjon	28
5.3	Empowerment	29
5.4	Helsekompetanse.....	30
5.5	Motivasjon.....	31
5.6	Forebygge usikkerhet, depresjon og angst	32
5.7	Callista Roys adaptasjonsmodell	33

5.8	Sammenhengen mellom helse, stress, salutogenese og livskvalitet.....	34
6.0	Konklusjon.....	35
7.0	Referanseliste.....	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennomsnittsalder ved hjerteinfarkt i Norge er mellom 69-77 år (Folkehelseinstituttet, 2021). Hjerte-og karsykdommer er en av de vanligste dødsårsakene i Norge, men vi ser en nedgang i antall hjerterelaterte dødsfall (Sykepleien, 2020). For pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt var sannsynligheten for overlevelse 93,9% etter 30 dager (Helsedirektoratet, 2020). Etter utskrivelse kan det oppstå flere utfordringer relatert til blant annet psykososiale behov, depresjon og livsstilsendring. I denne perioden kan det være viktig at pasienten får tilrettelagt oppfølging (Ellingsen, 2016, s. 89). Som oftest har hjerteinfarkt underliggende årsaker, og kan framtre akutt. Gjennom egne erfaringer i praksis har jeg sett at hovedfokuset rettes mot medisinsk behandling. Dette er selvsagt viktigst i en akutfase. I en stabil fase bør behandlingen i tillegg rettes mot rehabilitering og mot underliggende årsaker. Sykepleierens funksjon kan da være synlig i forebyggelsen av nye infarkter og eventuell sykdomsutvikling (Ørn & Brunvand, 2016, s. 171). Hva består denne oppfølgingen av? Hvordan kan vi forebygge nye infarkter? Og hva er sykepleierens rolle i oppfølgingen?

1.2 Problemstilling

«Sykepleiers funksjon i oppfølgingen av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt etter utskrivelse fra sykehus»

1.3 Oppgavens avgrensinger

Denne oppgaven fokuserer på pasienter som har kommet hjem etter utskrivelse fra sykehus etter gjennomgått hjerteinfarkt. Fokuset er rettet mot pasienter i stabil fase som trenger oppfølging fra fagpersoner, og vil fokusere på hjerterehabiliteringens andre og tredje fase. Oppgaven tar for seg forskjellige aspekter for at oppfølgingen skal gi best mulig resultat. I denne oppgaven vil et godt resultat innebære å oppnå god livskvalitet og forebygge nye infarkter.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 vil jeg presentere relevant teori som vil danne grunnlaget for videre drøfting. I kapittel 3 går jeg gjennom oppgavens metodedel hvor jeg blant annet ser nærmere på litteratursøk, søkehistorikk for forskningsartiklene, samt tar for meg ulike kritiske vurderinger. Kapittel 4 består av resultater og hovedfunn i artiklene, og i kapittel 5 drøftes oppgavens teoretiske grunnlag opp mot hovedfunnene i forskningsartiklene. Til slutt vil jeg i kapittel 6 forsøke å svare på oppgavens problemstilling og gi en konklusjon.

2.0 Teori

Nedgang i hjerterelaterte dødsfall kan tyde på at kunnskapen rundt dette området er større og at det anvendes mer moderne behandlingsmetoder. Dersom behandlingen starter i tidlig stadium kan vi redusere dødeligheten. Bredere kunnskap rundt forebygging av hjerteinfarkt er meget sentralt i nedgangen av dødsfall. Dette kan være forebyggende legemidler, men også kunnskap om livsstilsendringer.

Hjerteinfarkt er en akutt koronarsykdom der hjertemuskelceller (myokardceller) dør grunnet oksygenmangel. Dette kan oppstå med forsnevring av en koronararterie slik at myokardcellene ikke får tilstrekkelig med oksygen (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169). Et hjerteinfarkt kan også oppstå av en tett koronararterie. Hjerteinfarkt kan deles inn i STEMI og NSTEMI. Ved STEMI har pasienten et infarkt med ST-elevasjon som viser at arterien er helt tett, i motsetning til NSTEMI (Ørn & Brunvand, 2016, s. 170).

2.1 Akutt behandling

Optimal medisinsk behandling i akutte situasjoner kan være livreddende. Denne behandlingen kan bestå av perkutan koronar intervensjon (PCI), hvor en åpner opp for normal blodtilførsel i en tett arterie. Behandlingen kan også bestå av trombolytisk behandling. Ved trombolytisk behandling injiseres legemidler som løser opp tromber i det aktuelle området (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 246-247). Et annet behandlingsalternativ er koronar bypassoperasjon. Dette er et alternativ dersom koronarsykdommen er for alvorlig og komplisert til å utføre PCI. Prinsippet med operasjonen er å koble til en ny åre til den tette koronaråren. På denne måten kan blodet passere det tette området via en frisk åre (Ørn & Brunvand, 2016, s. 173).

2.2 Hjerterehabilitering

Formålet med hjerterehabilitering er i følge Helse- og omsorgsdepartementet «at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (Formål om habilitering og rehabilitering, 2011, §3). Definisjonen går ut på å koordinere oppfølging slik at pasienten oppnår bedre livskvalitet og forebygger psykiske lidelser. I tillegg ønsker man å redusere risikoen for reinnleggelser (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 423).

Hjerterehabiliteringen består av tre faser. Fase 1 er forbundet til akuttbehandling på sykehus. Fase 2 vil omhandle tiden etter operasjon eller infarkt. Pasienten vil i denne fasen få veiledning om livsstilsendringer. Den siste fasen handler om at pasienten skal opprettholde livsstilsendringene som ble gjennomført i andre fase (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 424).

2.3 Personlig oppfølging

Personlig oppfølging vil være en bestanddel i hjerterehabiliteringen. Det kan være viktig at pasienten får tilstrekkelig med informasjon om rehabiliteringsfasen. Dette vil innebære informasjon om livsstilsendringer som røykeslutt, mer fysisk aktivitet og sunt kosthold.

Informasjon

Tydelig informasjon er grunnpilaren i oppfølgingen av pasienter. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, har pasientene rett på å få informasjon. Loven sier blant annet: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, § 3-2). God oppfølging av pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, er avgjørende for å redusere dødeligheten. En del av oppfølgingen består av at pasienten får veiledning i form av informasjon. Informasjonen skal bestå av hvilke fordeler livsstilsendringer kan bidra til etter et gjennomgått infarkt. Sykepleieren bør ta hensyn til pasientens grad av mottakelighet i de ulike rehabiliteringsfasene. Pasienten kan være lite mottakelig for informasjon og veiledning under medisinsk behandling. I tillegg til medisinsk behandling, kan faktorer som hemmer mottakeligheten for læring, være infarktets alvorlighetsgrad eller fremtredelse av smerter, ubehag og psykiske plager som stress og angst (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 430).

Røyking

Pasient og pårørende trenger informasjon om konsekvensene av røyking, som blant annet består av svekket endotelfunksjon, økt oksidativt stress, samt økt mengde LDL (low density lipoprotein) og oksidert LDL. I tillegg reduseres mengden av det gode kolesterolet, HDL (high density lipoprotein), da høyt nivå HDL reduserer risikoen for aterosklerose. I tillegg fører røyking til økt fare for fibrinogendannelse, som igjen fører til trombedannelse og infarkt. På en enklere måte kan sykepleier informere om at røyking øker faren for trombedannelser som øker faren for tett koronararterie og blodpropp. I tillegg fører røyking til at celleveggen i årene blir skadet, som fører til en betennelsesreaksjon. Røyking øker risikoen for nye infarkter

og øker sannsynligheten for død (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 433). Pasienten og pårørende skal informeres om at nikotinplaster eller nikotintyggegummi kan anvendes i prosessen, da dannelsen av aterosklerose ikke blir aktivt påvirket av mengden nikotin i blodet (Ørn & Brunvand, 2016, s. 193).

Fysisk aktivitet

For å redusere mengden av LDL i blodet, bør pasienten øke kroppens omsetning av glukose gjennom metabolismen. Dette skjer ved fysisk aktivitet. Ved fysisk aktivitet vil også kroppen få økt mengde HDL. HDL bryter ned fritt kolesterol og reduserer risikoen for aterosklerose. I tillegg hjelper fysisk aktivitet på hypertensjon og stress (Ørn & Brunvand, 2016, s. 193).

Kosthold

Blodets innhold av LDL kan også reduseres ved kosthold som inneholder umettet fett, i tillegg til sammensatte karbohydrater. Mono- og disakkarider bør også reduseres. Sykepleier kan forklare pasient og pårørende at dette er de søtstoffene som smaker søtt. Inntaket av disse bør reduseres, da det øker nivået av LDL (Ørn & Brunvand, 2016, s. 193).

Legemidler

Selv om behandlingen i hovedsak handler om forebygging, kan pasienten få legemidler som statiner. Statinene vil senke nivået av LDL og triglyserider (Ørn & Brunvand, 2016, s. 193).

2.4 Individuell plan og koordinator

Ved en individuell plan (IP) har pasient og pårørende en delaktig rolle i planleggingen. Formålet med IP er at planen skal tilpasses pasientens ressurser, behov og mål. IP formes også etter pasientens situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 248). Gjennom IP vil pasienten få langsiktig, tilrettelagt oppfølging som er koordinert med flerfaglige instanser ved behov (Kirkevold, 2020, s. 102). Dette vil være en ansvarsfordeling mellom instansene, som for eksempel mellom sykehuset, psykolog og hjemmetjenesten. Pasienten får en egen koordinator som står for oppfølging og utførelse av plan. Koordinatoren skal også oppmuntre pasienten til å oppnå målene (Kristoffersen, 2016, s. 249). En slik koordinator kan for eksempel være sykepleier i hjemmetjenesten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 28). IP og koordinator er nødvendig for å gi pasienten optimal oppfølging etter et sykdomsforløp. Siden koordinatoren har ansvar for både å tilrettelegge og utføre oppfølgingen, er det viktig med en god dialog,

tilstrekkelig informasjon om pasienten, og å kartlegge pasientens mål og ønsker. I selve arbeidsprosessen, skal koordinatoren evaluere forløpet (Helsedirektoratet, 2018).

2.5 Motivasjon

Motivasjon er med på å regulere menneskers intensitet i atferd. Drifter og behov er kjernen i motivasjon som kan merkes ved mangel av disse komponentene. Som for eksempel mat og drikke. Det er fire former for motivasjon. Dette er motivasjon som styres av ytre regulering, introjeksjon, identifisering, og integrering. Ytre regulering styres av ytre påvirkning, der målet kan styres av frykt eller belønning. Introjeksjon styrer motivasjonen med et press innenfra. Dette kan for eksempel være å gjøre handlinger for å slippe dårlig samvittighet. Ved identifisering styres motivasjonen av normer og regler, mens ved integrering styres motivasjonen av egne behov og verdier (Renolen, 2015, s. 65-67). Motivasjonen blir styrket dersom personen selv ønsker å nå målet og ser verdien med måloppnåelsen (Sletteland & Donovan, 2012, s. 135). Indre motivasjon kan ha en sterkere drivkraft enn ytre motivasjon. Opplevelser og prestasjonene er avhengig av motivasjonstypen. Ved indre motivasjon, gjør personen handlinger som tilfredsstiller indre behov og ønsker (Renolen, 2015, s. 66). Indre motivasjon kan oppnås dersom personen får oppfylt behovet for tilhørighet, kompetanse og autonomi. Frihet rundt fremgangsmåte kan dermed være avgjørende for pasientens motivasjon (Holm, 2015). Motivasjonsformen kan ses i sammenheng med Maslows behovspyramide. Maslows behovspyramide er delt inn i mangelbehov og vekstbehov. Vekstbehovene topper pyramiden, og viktighetsgraden stiger i pyramiden. Behovspyramiden viser behov som mennesker streber etter å oppfylle (Renolen, 2015, s. 70).

2.6 Livskvalitet

Begrepet assosieres med en positiv følelse i forbindelse med kvaliteten på livet. Dette kan komme av behov som blir dekket og følelsen av at livet er meningsfullt. God livskvalitet er ofte noe man streber etter i helsefaget, da mange faktorer har en negativ innvirkning. Som for eksempel sykdom. I sykdomstilfeller kan pasienten oppleve sterke smerter, begrensninger i funksjon og aktiviteter, noe som kan svekke livskvaliteten (Rannestad & Haugan, 2016, s. 29). Definisjonen på livskvalitet kan også være knyttet til pasientens tilstand og opplevelse. Det er forskjellige tolkninger av begrepet. Noen definisjoner omhandler pasientens ressurser, og pasientens opplevelse av livskvalitet. Andre definerer livskvalitet uavhengig av personens sykdomsgrad (Larsen, 2018, s. 41-42).

2.7 Roys adaptasjonsmodell

Callista Roys adaptasjonsmodell handler om å styrke adaptasjon i livskvalitet, helsefremming og verdig død, og omhandler ulike dimensjoner i adaptasjonsmodellen. Dette kan være sosiale dimensjoner som dekker sosiale relasjoner og rollefunksjoner. Adaptasjonsmodellen dekker også menneskets fysiologiske funksjon. Dette er kroppens grunnleggende fysiologiske behov som ernæring og aktivitet. Modellen streber også etter å oppnå en helhet i selvbilde. Helhetlig selvbilde innebærer en forståelse av egen identitet og godkjennelse av denne (Ursavas et al., 2014, s. 134-140). Roy mener at mennesker blir påvirket av indre- og ytre prosesser, der mestringssevne og mestringsfølelse påvirkes av prosessene. Hun mener at tilpasning er sentralt i vekst og utvikling og definerer adaptasjon med følgende: «menneskets reaksjon på omgivelsene som fremmer menneskets generelle mål, inkludert opplevelse, vekst, reproduksjon og mestring» (Kristoffersen, 2016, s. 42). Ved å endre miljøet og omgivelser kan mennesker tilpasse seg, som er en positiv endring. Dersom pasientens adaptasjon reduseres, økes behovet for sykepleie. Sykepleierens rolle blir da å styrke pasientens indre- og ytre prosesser. Målet med sykepleien er at pasienten skal få økt adaptasjon og økt mestringssevne. Pasienten vil da få en adaptiv respons. Gjennom en adaptiv respons, skal sykepleieren bidra til å øke livskvaliteten og fremme helse. Sykepleierens mål er å dekke adaptasjonsområdene. For at mennesker skal kunne tilpasse seg er det avgjørende at de går gjennom to subsystemer: regulatorsubsystemet og kognatorsubsystemet. I regulatorsubsystemet gjennomgår pasienten biologiske prosesser, mens i kognatorsubsystemet bearbeides emosjonelle og kognitive prosesser, informasjon og inntrykk (Kristoffersen, 2016, s. 41-43). Roys sykepleieteori tar også utgangspunkt i menneskers grunnleggende behov, men fokuserer på hvordan sykepleieren utøver hjelpen til pasienten. Hun mener at sykepleierens oppgave er å styrke pasientens ressurser og motivasjon. Ved å anvende Roys adaptasjonsmodell, kan pasientene fremme helse gjennom å fremme sin egen funksjon. Gjennom utviklingen av gode vaner, kan mennesker tilpasse seg en ny livsstil som fremmer helse. Mennesker kan da være i stand til å ta helsefremmende valg. Handlinger kan være avgjørende for å oppnå god helse og å opprettholde denne, og dermed oppnå god egenomsorg. For at adaptasjonen skal være en vellykket prosess er det avgjørende med god samhandling mellom pasient og sykepleier. Dette vil si god kommunikasjon og pedagogikk (Kristoffersen, 2016, s. 18-20).

2.8 Health literacy, salutogenese og empowerment

Health literacy kan defineres som «enkeltpersoners evne til å forstå, vurdere og fornuftig anvende helseinformasjon for å opprettholde best mulig helse» (Ingstad, 2013, s. 77). Det er mange norske begrep som kan anvendes for health literacy, for eksempel helsekunnskap, helsefremmende allmenndannelse, eller helsekompetanse (Hem, 2020). I denne oppgaven brukes begrepet helsekompetanse for health literacy. Helse defineres som «fullstendig fysisk, psykisk, sosialt og åndelig velvære, ikke bare fravær av sykdom eller skade» (WHO, 2019). Helsekompetansens betydning omhandler at ny kunnskap og kompetanse skal anvendes til å gjøre valg som gir helserelatert gevinst. Helsekompetanse kan forstås på en rekke måter. I lys av min problemstilling, vil helsekompetanse være en forståelse som en ressurs. Denne forståelsen innebærer at individet kan anvende ressursene sine til en helsemessig fordel. En slik forståelse er dynamisk, der ferdigheter og valg justeres etter forholdene. For å oppnå denne typen forståelse av helsekompetanse, er man avhengig av å forstå begrepet funksjonelt, interaktivt og kritisk. I et oppfølgingsprogram vil koordinatoren være veiledende på disse punktene. En funksjonell forståelse innebærer at individet kan forstå informasjon som gir helsemessig gevinst, og bruke dette til sin fordel. Interaktiv forståelse handler om å sile ut den informasjonen som er viktigst for sin helse, og bruke de nye ressursene i andre situasjoner. En kritisk forståelse av helsekompetanse omhandler å kritisk vurdere informasjonen som individet finner fra ulike kilder (Finbråten, 2018, s. 91-95).

Helsekompetanse har en sammenheng med Aron Antonovskys salutogenesemodell (Renolen, 2015, s. 172). Der patogenese betegner sykdomsårsaken, vil salutogenese se på faktorer som styrker individets helse (Rannestad & Haugan, 2016, s. 26). Dette innebærer at individet har ressurser, kompetanse og evner til å ta helsemessige valg, i tillegg til å ha gevinst i psykososialt liv som tilhørighet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 76). Begrepet omfatter dermed individet som helhet, både fysiske og mentale dimensjoner, altså en harmoni mellom indre og ytre omgivelser. En slik synsvinkel kan kalles et organisk perspektiv. Graden av helse står sterkt i salutogenesen. Individet er dermed ikke friskt eller sykt, men opplever flere stadier i opplevelsen av helse (Langeland, 2012, s. 40-41). Menneskets motstandsressurser, altså stresstoleransen, har betydning for sykdomsutviklingen og sykdomshåndtering fra pasientens side. Stresstoleransen kan ha sammenheng med velvære, sosiale og psykiske liv og individets grad av ressurser (Eriksson & Lindström, 2007, s. 939). Dette vil bety individets velvære og tilfredsstillelse i sosialt liv, nettverk av venner, familie og tilhørighet av en større gruppe. Psykisk velvære kan eksempelvis være psykisk helse. Hvordan individet har det med

seg selv og andre i sosiale grupper, og hvordan personen tilpasser seg samfunnet. Økonomisk velvære kan være individets materielle tilfredsstillelse, og grad av økonomisk selvstendighet.

I følge WHO defineres empowerment som «en prosess hvor folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker helsen» (WHO, 1998). Gjennom empowerment overføres makten fra ekspert til ikke-ekspert, for eksempel fra sykepleier til pasient. Med andre ord, er empowerment en prosess som styrker pasientens medbestemmelse. Begrepet kan være synonymt med brukermedvirkning. I denne oppgaven brukes begrepet empowerment. Selv om WHO definerer empowerment som en prosess, kan det også være et mål eller en strategi for måloppnåelse. På individnivå brukes empowerment i sykepleien for å styrke pasientens ressurser. I tillegg ønsker man å styrke pasientens krefter samt redusere stressorer. I følge Eriksson & Lindström (2007) har håndtering av stress tre forskjellige dimensjoner. Dette er grad av forståelsesevne, grad av evne til håndtering, og mening. Dette er faktorer som fremmer empowerment og styrker pasientens ressurser til å ta valg som fremmer helse (Gammersvik, 2018, s. 120-121). Ved å anvende empowerment som prosess, kan pasienten oppnå en selvstendighet og kontroll over egen helsefremming (Hauken, 2018, s. 193).

3.0 Metode

3.1 Hvilken metode?

I bachelorutdanningen for sykepleiere på Høgskulen på Vestlandet, er retningslinjene at vi skal følge litteraturstudie som metode i oppgaven. Dette innebærer at jeg bruker kunnskap fra andre skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). Ved å bruke litteraturstudie som metode, anvender jeg flere databaser for å finne aktuell litteratur gjennom å vurdere og kvalitetssikre funnene (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). I datasamlingen leter jeg etter litteratur som er relevant for min problemstilling.

3.2 Kvalitativ metode og kvantitativ metode

Kvalitativ metode gir oss umålbar informasjon, som meninger eller opplevelser. Mens gjennom å bruke kvantitativ metode får vi målbare data. Disse metodene gir oss en bedre forståelse av samfunnet og samhandlingen mellom individer og grupper (Dalland, 2017, s. 52). Gjennom mine søk etter litteratur, fant jeg for det meste kvantitative artikler som var relevante for min problemstilling. Derfor har jeg for det meste valgt artikler som anvender kvantitativ metode.

3.3 Litteratursøk

Gjennom bruk av ulike databaser, kunne jeg finne litteratur som var relevant for min problemstilling. For å anvende en god søkestrategi, startet arbeidet med å finne synonymer for begreper og søkeord. Som hjelpemiddel i arbeidet brukte jeg MeSH i databaser og PICO-skjema. Jeg har for det meste funnet litteratur i databasene CINAHL og PubMed. Jeg gjorde også søkeforsøk i MEDLINE (ovid), men grunnet manglende funn i databasen, valgte jeg å bruke PubMed. Annen litteratur er funnet gjennom handsøk, sekundærsøk og bruk av pensum.

3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Mine inklusjonskriterier er valgt for å svare på problemstillingen. Studiene må inkludere mennesker med hjerte- og karsykdommer. Andre inklusjonskriterier har vært livsstil og livskvalitet. Siden målgruppens alder har vært rundt gjennomsnittsalderen ved hjerteinfarkt, har jeg ikke tatt stilling til alder. Jeg har heller ikke tatt stilling til målgruppens kjønn, da dette ikke er relevant for min oppgave. Andre inklusjonskriterier i litteratursøket var: Artikkelens publiseringstidspunkt: En ramme på 10 år for å finne oppdatert forskning.

Språk: engelsk for å utvide funn av god forskning

Artikkeltype: akademiske tidsskrifter for å finne forskningsartikler.

3.5 Søkehistorikk

3.5.1 Artikkel 1

Søket etter første artikkel gav et resultat på 26 treff i CINAHL. Denne artikkelen ble valgt fordi studien viste at tett oppfølging forbedret pasientenes livskvalitet. Dette var relevant for oppgaven, da funnene støtter opp under min problemstilling.

DATABASE: CINAHL 08.03.2022				
Søkenummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valgt
S1	Myocardial infraction OR Myocardial ischemia OR Heart Failure		97 812	1
S2	Aged OR Rehabilitation, Geriatric		884 838	
S3	Case Management		18 029	
S4	S1 AND S2 AND S3	Published Date: 2012-2022 Article type: Academic Journals Language: English	26	1

3.5.2 Artikkel 2

Søk etter andre artikkel gav 1047 treff. Følgende artikkel ble valgt fordi den viste ulike faktorer som påvirket pasientens valg om røykeslutt. Dette var relevant for min oppgave, da funnene viste viktigheten med tett oppfølging av fagpersoner og tett sosial kontakt. I tillegg viste funnene at disse faktorene hadde en avgjørende rolle i motivasjonen til livsstilsendringer. Artikkelen var også relevant fordi den viser hvorfor noen pasienter ikke oppnår en vellykket livsstilsendring.

DATABASE: CINAHL 08.03.2022				
Søkenummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valgt
S1	Smoking cessation OR Smoking	Published Date: 2012-2022 Source type: Academic Journals. Language: English	119 019	
S2	Coronary Disease OR Myocardial Infraction OR Myocardial Ischemia		149 125	
S3	Sociodemographic factors OR Cardiovascular Risk Factors OR Psychosocial factors		541 587	
S4	S1 AND S2 AND S3		1 047	1

3.5.3 Artikkel 3

Artikkel 3 er funnet i databasen PubMed. Søket gav 25 treff med publiseringstidspunkt, artikkeltype og språk som avgrensning. Jeg valgte to artikler i dette søket, nemlig artikkel 3 og 4. Følgende artikkel ble er relevant for min oppgave, fordi denne studien viste at høy mestringssevne gav bedre livskvalitet og sunnere livsstil. Studien viste god effekt av sykepleiefaglig oppfølging. Studien anvendte også Callista Roys adaptasjonsmodell. Denne modellen vil dermed inkluderes i teori og drøfting.

DATABASE: PubMed 09.03.2022				
Søkenummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valgt
S1	lifestyle changes after heart attack	Published date: 2013-2022 Article type: Clinical trial Language: English	25	2

3.5.4 Artikkel 4

Den fjerde artikkelen ble funnet i samme søket som artikkel 3 i PubMed. Funnene i studien var relevant for min problemstilling, og ble dermed inkludert i oppgaven. Denne studien er også relevant til artikkel 2 med tanke på røykeslutt. Artikkelen kan også bygge opp artikkel 3 med tanke på bedret livsstil.

DATABASE: PubMed 09.03.2022				
Søkenummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valgt
S1	lifestyle changes after heart attack	Published date: 2013-2022 Article type: Clinical trial Language: English	25	2

3.5.5 Artikkel 5

Søket etter 5. artikkel gav 24 treff i PubMed. Artikkelen ble inkludert grunnet studiens relevante funn. Artikkelen kan bygge opp under resultatene i artikkel 4, og viser viktigheten med tett oppfølging i form av hjemmesykepleie og telefonsamtaler.

DATABASE: PubMed 08.03.2022				
Søkenummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valgt
S1	Nurse care Follow up Heart attack	Published date: 2013-2022 Article type: Clinical trial Language: English	24	1

3.5.6 Artikkel 6

Artikkel 6 gav i utgangspunktet 7 treff i PubMed, men gav i tillegg 2 treff med sitert match, inkludert denne artikkelen. Artikkelen ble inkludert grunnet budskapet om sammenhengen mellom salutogenese og livskvalitet. Dette var relevant for min oppgave. Artikkelen er publisert i 2007, og er dermed eldre enn ønsket. Grunnet mangel på funn av andre artikler med samme budskap, ble denne artikkelen inkludert tross av publiseringstidspunkt.

DATABASE: PubMed 10.03.2022				
Søkenummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat	Valgt
S1	Quality of life Sense of coherence Antonovsky	Published date: 2005-2022 Article type: Clinical trial Language: English	9	1

3.6 Kildekritikk

I min prosess i å vurdere artiklenes relevans, tok jeg utgangspunkt i om funnene var relevante for min problemstilling. Artiklene skal også belyse problemstillingen. I tillegg skal artiklene belyse mine spørsmål i oppgaven (Dalland, 2017, s. 159). De inkluderte artiklene i denne oppgaven er kvalitetssikret gjennom Helsebibliotekets «sjekklister for randomisert kontrollert studie» (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene er også kvalitetssikret ved at de fleste bruker IMRAD-struktur. Jeg anvendte også en utarbeidet tabell over inklusjons- og eksklusjonskriterier for å optimalisere relevante søk og funn. For å sikre nyere kunnskap og oppdatert forskning, valgte jeg artikler innenfor en tidsramme på 10 år, da dette ble anbefalt av høyskolen.

3.7 Metodekritikk

Litteraturstudie som metode krever at jeg finner studier som er relevante for oppgavens problemstilling. Dette innebærer å bruke riktige søkeord for å finne aktuelle artikler. I søkeprosessen har jeg erfart at systematisk søk kan gi for få treff. Jeg har dermed blitt nødt til å utvide søkeordene med flere synonymer. Ved å bruke litteraturstudie som metode, har jeg funnet flere studier som kommer frem til samme resultat. Dette er med på å styrke studienes resultat.

3.8 Etikk

Forskningsetikk kan defineres som «verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet» (forskningsetikk, 2018). Ved å praktisere forskningsetikk, kan vi vurdere studiens innhold i forhold til dagens samfunns respektive normer og verdier. Forskningsetikken skal også ivareta målgruppes personvern. Studiens målgruppe skal skjermes for skade og uønskede belastninger, og studiens mål skal ikke være på bekostning av de inkludertes integritet (Dalland, 2017, s. 236).

4.0 Resultater

4.1 Artikkel 1

Forfattere

Meisinger, C., Stollenwerk, B., Kirchberger, I., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B., & Holle, R. (2013).

Tittel

«Effects of a nurse-based case management compared to usual care among aged patients with myocardial infarction: results from the randomized controlled KORINNA study»

Hensikt

Hensikten med studien var å evaluere sykepleierelatert oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Rehabiliteringsfasen er en krevende og kritisk fase for geriatriske pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt.

Metode

En randomisert gruppestudie. Kvalifiserte pasienter var 65 år eller eldre som hadde gjennomgått hjerteinfarkt mellom september 2008 og mai 2010 i Augsburg i Tyskland. Den sykepleiebaserte oppfølgingen foregikk i ett år med inkludert hjemmebesøk og telefonsamtaler. De inkluderte fikk tilbudt opptil 5 hjemmebesøk som varte i gjennomsnitt 117 minutter. Samtalene omfattet informasjon om videre forløp, legemidlenes virkning og interaksjoner, veiledning rundt en enklere hverdag, og rådgivning om livsstilsendring.

Resultat

Pasientene med sykepleiebasert oppfølging (intervensjonsgruppen) hadde en gjennomsnittlig oppfølgingstid på 273,6 dager, sammenlignet med kontrollgruppen som hadde gjennomsnittlig oppfølgingstid på 320,6 dager. I løpet av ett år, hadde intervensjonsgruppen 57 første-reinnleggelser og 5 dødsfall, sammenlignet med kontrollgruppen som hadde 75 første-reinnleggelser og 3 dødsfall. Undersøkelsen resulterte i ingen effekt av sykepleierelatert oppfølging i forhold til nye reinnleggelser og dødsfall. Kun én pasient tok i mot tilbudet om alle 5 hjemmebesøkene. Gjennomsnittlig antall telefoniavtaler var 3 avtaler per pasient. Undersøkelsen viste derimot at prosessen gav betraktelig bedre livskvalitet.

4.2 Artikkel 2

Forfattere

Sverre, E., Otterstad, J. E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Husebye, E., Dammen, T., Moum, T., & Munkhaugen, J. (2017).

Tittel

«Medical and sociodemographic factors predict persistent smoking after coronary events»

Hensikt

Hensikten med studien var å determinere sammenhengen mellom sosiodemografiske- og psykososiale faktorer ved røykeslutt. Studien ønsket å undersøke hvilke faktorer som påvirket pasientens valg i prosessen.

Metode

Metoden er en kvalitativ forskningsmetode med logisk regresjonsanalyse. 1083 pasienter deltok i studien. Målgruppen bestod av pasienter med hjerteinfarkt eller gjennomgått PCI behandling. Under studien ble det gjennomført kliniske undersøkelser, blodprøvetakelser, journaldata og selvrapporing fra pasientene.

Resultat

Studien viste at lav utdanning og lang røyketid påvirket pasientens valg om røykeslutt. 56% av pasientene fortsatte å røyke, tross gode kunnskaper om konsekvenser og høy motivasjon for røykeslutt. Disse pasientene hadde heller ikke opplevd STEMI. 42% av pasientene fikk tilbud om nikotinerstattende midler eller oppfølging av helsepersonell. Vedvarende røyking ble påvirket av lav sosioøkonomisk status, tidsrammen for røyking og ikke å ha erfart STEMI. Psykososiale faktorer og pasientens deltakelse i rehabiliteringen påvirket ikke resultatet av røykeslutt.

4.3 Artikkel 3

Forfattere

Turan Kavradim, S., & Canli Özer, Z. (2020).

Tittel

«The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomised controlled trial»

Hensikt

Hensikten med studien var å kartlegge effekten av utdanning og oppfølging gjennom telefonsamtaler ved bruk av Roys adaptasjonsmodell. Studien skulle evaluere om metoden påvirket hjerteinfarktpasienters mestringsevne, livskvalitet og livsstil.

Metode

Studien er en randomisert, parallellgruppestudie. Den ene gruppen fikk vanlig pleie, mens den andre gruppen fikk i tillegg telefonoppfølging. Datainnsamlingen ble gjennomført i tre perioder: før utskrivelse, 12 uker etter utskrivelse og august 2017. Målgruppen var pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt.

Resultat

Gjennom å anvende Roys adaptasjonsmodell og telefonsamtaler, viste intervensjonsgruppen i motsetning til kontrollgruppen, en merkverdig forbedring i mestringsevne, livskvalitet og mestring i tilpasningsprosessen. Intervensjonsgruppen hadde også størst livsstilsendringer da med tanke på ernæring og fysisk aktivitet. Kontrollgruppen viste en redusert livskvalitet i løpet av studien.

4.4 Artikkel 4

Forfattere

Hopstock, L. A., Deraas, T. S., Henriksen, A., Martiny-Huenger, T., & Grimsgaard, S. (2021).

Tittel

«Changes in adiposity, physical activity, cardiometabolic risk factors, diet, physical capacity and well-being in inactive women and men aged 57-74 years with obesity and cardiovascular risk – A 6-month complex lifestyle intervention with 6-month follow-up»

Hensikt

Hensikten var å undersøke om overvektige menn og kvinner, med økt risiko for hjerte-og karsykdommer, endret BMI og kosthold under oppfølgingen. Studien undersøkte også om målgruppene endret opplevelse av fysisk aktivitet, fysisk kapasitet og velvære.

Metode

Tverrfaglig pilotstudie. Målgruppen var kvinner og menn mellom 55-74 år, med BMI \geq 30kg/m². For å være kvalifisert for studien, måtte deltakerne ha en inaktiv livsstil med økt risiko for hjerte- og karsykdommer, uten å ha gjennomgått infarkt. I løpet av 6 måneder fikk deltakerne to én-timers-økter i uken med styrke og utholdenhet. Deltakerne fikk også én individuell og tre to-timers-veiledninger med ernæringsfysiolog og psykolog. I løpet av denne perioden, kartla studien deltakernes endring i BMI, fysisk aktivitet, risiko for hjerte-og karsykdommer, fysisk kapasitet og livskvalitet. I 6 måneder etter oppmøtene, rapporterte deltakerne egne endringer og vedlikehold av livstil.

Resultat

Metoden viste ingen biokjemiske forandringer. Til tross for at 1/3 av deltakerne sluttet å røyke. Deltakerne rapporterte heller ingen forandring i deres selvtillit og psykiske lidelser som angst og depresjon. Studien viste at deltakerne opplevde bedre velvære, og 25% rapporterte at de hadde oppnådd en bedre livsstil, og klarte å opprettholde denne etter studien.

4.5 Artikkel 5

Forfattere

Kirchberger, I., Hunger, M., Stollenwerk, B., Seidl, H., Burkhardt, K., Kuch, B., Meisinger, C., & Holle, R. (2015).

Tittel

«Effects of a 3-year nurse-based case management in aged patients with acute myocardial infarction on rehospitalisation, mortality, risk factors, physical functioning and mental health. a secondary analysis of the randomized controlled KORINNA study»

Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke om en 3-årig oppfølging hadde effekt på hjerteinfarkt-pasienter.

Metode

Studien er en randomisert parallellstudie der målgruppen var pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt i alder ≥ 65 år. Kvalifiserte pasienter var sykehusinnlagt i tidsperioden fra september 2008 til mai 2010. Parallellstudien gav to typer pleie. Målgruppen fikk sykepleiebasert oppfølging i en treårsperiode, mens den andre gruppen fikk vanlig pleie. Oppfølgingen bestod av hjemmebesøk og telefonsamtaler.

Resultat

Resultatet av treårig sykepleierelatert oppfølging viste ingen påvirkende effekt av reinnleggelser eller dødsfall. Oppfølgingen påviste heller ingen forandring i kolesterolnivå, blodtrykk eller psykiske forstyrrelser. Studien viste derimot at oppfølgingen resulterte i at kvinnene fikk en forbedring av instrumentelle aktiviteter, samt deres fysiske funksjon.

4.6 Artikkel 6

Forfattere

Eriksson, M. & Lindström, B. (2007).

Tittel

«Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review»

Hensikt

Hensikten med studien var å finne sammenhengen mellom salutogenese og livskvalitet

Metode

Metoden er en beskrivende og analytisk litteraturstudie med begrensinger, inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Studien inneholder systematisk integrasjon av forskning på den salutogene forståelsen.

Resultat

Resultatene i studien viser at salutogenese påvirker menneskers livskvalitet. Salutogenesen var sterkest i familier som hadde god livskvalitet.

5.0 Drøfting

Sykepleiere har en stor rolle i oppfølgingen av pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Tett oppfølging består av mange ledd, og dette skal diskuteres i dette kapittelet.

5.1 Koordinator og livsstil

Studien til Kavradim et al. (2020) viser at det å ha en individuell plan for oppfølging etter hjerteinfarkt kan gi økt grad av endring i livsstil og mestring. Ved individuelt tilpassede telefonsamtaler ble pasientens utfordringer oppdaget på et tidlig stadium og informasjon om videre prosess kunne gis raskt. Også i Meisinger et al. (2013) sin studie fikk intervensjonsgruppen en individuell oppfølgingsplan, men her konkluderes det ikke med en signifikant sammenheng mellom det å ha en oppfølgingsplan og lavere reinnleggelse på sykehus.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven §7-1, skal pasienten tilbys en individuell plan dersom pasienten har behov for langvarig helsehjelp. Kommunen tilbyr koordinator som skal ha ansvaret for oppfølgingen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2021, § 7-1 & 7-2). Dette er nødvendig for at oppfølgingen skal bli optimal. En koordinator skal i tillegg ha ansvar for, og tilrettelegge oppfølgingen. Dermed er det viktig med en god dialog, tilstrekkelig informasjon om pasienten, og å kartlegge pasientens mål og ønsker. I selve arbeidsprosessen, skal koordinatoren evaluere forløpet (Helsedirektoratet, 2018). For at pasienten skal oppnå sitt bestemte mål, er det viktig med en klar ramme som blir tilrettelagt. I denne prosessen kan det klargjøres hvordan oppgavene blir fordelt, hvilket ansvar de forskjellige partene har, og en enighet i måloppnåelse og fremgangsmåte. En individuell plan gir for eksempel trygghet til både pasient og pårørende. I en studie av Hopstock et al. (2021) kommer det frem at det å ha en strukturert plan som ikke nødvendigvis er individuelt lagt opp kan spille inn på pasientens endring av livsstil. Intervensjonsgruppen som fikk oppfølging kunne vise til et høyere fysisk aktivitetsnivå, de var sterkere og hadde høyere psykisk velvære. Oppfølgingen bestod av et team av blant annet treningsinstruktører, ernæringsfysiologer og psykiatere. Dette kan ha vært en medvirkende faktor til endring i både fysisk og psykisk form. Tverrfaglig samarbeid forbedrer planleggingen og gir en helhetlig omsorg. I tillegg får alle aktive aktører samme informasjon, som gir bedre samhandling og bedre oppfølging (Lunde, 2017, s. 5-6).

Pasientens individuelle plan kan bestå av et hovedmål og flere delmål. For eksempel kan hovedmålet være å endre livsstil, der delmålene er røykeslutt, mer fysisk aktivitet og sunnere kosthold. En studie av Sverre et al. (2017) viste at kun 42% av pasientene fikk tilbud om nikotinerstattende midler eller oppfølging. Selv med høy motivasjon og nok helsekompetanse, fortsatte 56% av pasientene å røyke. En annen studie viste at 1/3 av deltakerne i studien oppnådde røykeslutt. 25% av deltakerne i intervensjonsgruppen oppnådde bedre livsstil, og deltakerne viste ingen tegn på psykiske plager som depresjon og angst (Hopstock et al., 2021, s. 6-9). Det er flere faktorer som påvirker pasientens progresjon til røykeslutt. Lav sosioøkonomisk status ser ut til å ha innvirkning. I tillegg kan tidsaspektet for røyking ha en betydning for hvor krevende det er å oppnå røykeslutt. Tilbud om nikotinerstattende behandling kan også være en avgjørende faktor. Røykeslutt er førsteprioritet i oppfølgingen av hjertepasienter. Dette er avgjørende for å forebygge nye infarkter. Dødeligheten synker betraktelig ved røykeslutt med hele 36%. For å oppnå dette, er det avgjørende med god motivasjon. Vanligvis har pasienter med erfart hjerteinfarkt, større motivasjon til røykeslutt enn andre pasienter. I tillegg er det avgjørende at koordinator informerer pasient og pårørende om gevinstene med røykeslutt (Ørn & Brunvand, 2016, s. 193). En studie viser forskjeller fra gruppen som velger å slutte å røyke, og gruppen som fortsetter å røyke. Felles for de som fortsatte å røyke var lav utdanning, arbeidsledighet eller uføretrygdet, og aleneboende (Sverre et al., 2017, s. 4). Det kan tenkes at en eventuell koordinator kunne gitt målgruppen tettere oppfølging, veiledning og motivasjon for å oppnå målet om røykeslutt. Dermed kan det tenkes at andelen av de som sluttet å røyke, kunne vært større dersom en koordinator hadde vært involvert.

5.2 Helsekommunikasjon

Studiene til Meisinger et al. (2013), Kavradim et al. (2020) og Kirchberger et al. (2015) gjennomførte oppfølgingen gjennom hjemmebesøk og telefonsamtaler, mens studien til Hopstock et al. (2021) krevde at de inkluderte møtte opp til avtalte timer. Studiene har dermed forskjellige fremgangsmåter, og resultatet i studien til Hopstock et al. (2021) skiller seg ut med langvarig endring av livsstil selv etter studien. Det kan tenkes at denne studien gav pasientene bedre informasjon ved bruk av ressurser fra tverrfaglige områder og dermed økte forståelsen for viktigheten av livsstilsendringer. Måten informasjonen kommuniseres til pasientene er avgjørende for at de skal handle på en helsefremmende måte.

Kommunikasjonen skal tilpasses etter pasientens forståelsesevner. Dette vil si at informasjonen gis uten faglige begreper som svekker pasientens forståelse av innholdet.

Informasjonen kan for eksempel gis med enkle eksempler eller illustrasjoner for å øke forståelsen. Helsekommunikasjon innebærer at noen pasientgrupper kan ha behov for tolk. Dette kan begrunnes til pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, § 3-2). I både studien til Meisinger et al. (2013), Kirchberger et al. (2015) og Sverre et al. (2017), ble pasienter som ikke forstod språket studien foregikk på ekskludert fra utvalget. Det er dermed vanskelig å si om resultatene i studiene hadde vært annerledes dersom disse gruppene også hadde blitt inkludert i studien. Det er ikke spesifisert at det er påbudt å bruke tolk, men tolk kan være avgjørende for å oppnå forståelse av budskapet. Informasjonen skal være enkel og forståelig. For å oppnå tillitsbasert kommunikasjon, er det avgjørende med et godt samarbeid mellom pasient og koordinator (Hummelvoll, 2012, s. 38). Samarbeidet skal bygges på en gjensidig forståelse av problemstillinger og målsetting. Å respektere pasientens verdier og ønsker styrker tilliten i forholdet. For å oppnå en tillitsskapende relasjon, ønsker man å bygge forholdet på empati, berøring og lytting (Hummelvoll, 2012, s. 422-425). En tillitsbasert relasjon lager rom for åpen kommunikasjon som optimaliserer grunnlaget for oppfølgingen. Pasienten kan dele sine aspekter i planleggingen i den individuelle planen, som kan være avgjørende for optimal oppfølging. Et eksempel kan være at pasienten opplever angst og depresjon, som kan være tabubelagt spesielt for menn. Det tillitsbaserte forholdet gjør dermed at oppfølgingen kan ta hensyn til dette og iverksette eventuelle tiltak. Dersom man ikke har oppnådd ønsket tillit i forholdet, kan pasienten vegre seg og holde inne avgjørende informasjon som kan forhindre optimal oppfølging. Koordinatorens personlighet kan også spille en rolle i en tillitsskapende relasjon. Dersom tilgangen på ressursene tilsier det, bør pasienten få tildelt den koordinatoren som har gitt størst tillit. Et eksempel kan være studien av Meisinger et al. (2013). I denne studien kan manglende tillit ha vært en medvirkende årsak til at kun én pasient godtok alle tilbudte telefonsamtaler. En annen årsak kan være at pasienten følte han hadde tilstrekkelig helsekompetanse til å håndtere situasjonen uten videre oppfølging.

5.3 Empowerment

Studien til Meisinger et al. (2013) viser at tett oppfølging gir bedre livskvalitet. Oppfølgingen bestod også av telefonsamtaler og tett oppfølging gjennom hjemmebesøk og tverrfaglig rådgivning. Pasientene fikk tilbud om samtaler med lege og sykepleier hjemme eller via telefon. Dette var betryggende samtaler der pasienten kunne få informasjon om forløpet videre, legemidlenes farmakologi og eventuelle hjelpemidler som kunne gjøre hverdagen enklere. I tillegg fikk pasientene rådgivning og oppfølging i livsstilsendring. Dette er

elementer som skal til for å oppnå empowerment nettopp, trygghet, tillit og gode relasjoner (Tveiten, 2018, s. 240).

Helsekompetanse er en faktor som er avgjørende for at pasienten skal kunne ta de riktige helsemessige valgene, og dermed kunne oppnå empowerment. Pasienten skal kunne ta avgjørelser basert på kunnskap fra helsekommunikasjon. Helsekommunikasjonen skal gi pasienten forutsetninger til å oppnå empowerment. For å gjennomføre følgende helsekommunikasjon, er det avgjørende at en av partene har helsekompetanse, da særdeles fagpersonen (Finbråten, 2018, s. 100-101). Helsekommunikasjonen får størst effekt dersom begge partene har en høy grad av helsekompetanse. Dette gir partene mulighet til å drøfte ulike muligheter og fremgangsmåter i oppfølgingen. Høy kvalitet på helsekommunikasjonen kan føre til samtaler av høy faglig kvalitet, som igjen øker helsekompetansen og styrker utviklingen av empowerment. På denne måten kan man se sammenhengen mellom helsekompetanse og empowerment.

I tillegg til redusert eller manglende helsekompetanse og motivasjon, er angst og depresjon noen elementer som reduserer muligheten for å oppnå empowerment. Andre faktorer er skrøpelige og eldre pasienter (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 474). Eldre og kognitivt reduserte pasienter vil ikke kunne delta i nødvendig helsekommunikasjon, og vil dermed heller ikke være i stand å anvende mottatt informasjon. Dette gjør pasienten ute av stand til å ta helsefremmende valg, og valgene pasienten tar kan være nedbrytende. Angst og uro kan forsterkes av at pasienten mangler forståelse av situasjonen. Psykiske plager er også vanlig blant kognitive pasienter. Depresjon og angst er vanlig blant hjerterelaterte pasienter, særlig etter gjennomført hjerteoperasjon (Johansen & Morland, 2021). På en annen side styrker autonomi pasientens utvikling av empowerment (Finbråten, 2018, s. 99). Gjennom god informasjon og følelse av deltakelse i oppfølgingen, kan pasienten oppleve å få en bedre kontroll over egen oppfølging, der deltakelsen kan gjøre handlinger som gir god helsemessig effekt.

5.4 Helsekompetanse

I studien av Sverre et al. (2017) kan det tenkes at liten suksess med røykeslutt kan ha en sammenheng med fravær av elementære faktorer. Disse faktorene kan være mangel på helsekompetanse og motivasjon. Dette har sammenheng med at informasjonen koordinatoren gir, fører til økt helsekompetanse hos pasienten. Pasienten får dermed tilstrekkelig kunnskap

og kompetanse til å velge rett behandlingsmetode eller oppfølgingsprogram. En studie forsøkte å gi pasientene økt helsekompetanse gjennom veiledningstimer for å endre livsstil. Oppfølgingen bestod av veiledning hos ernæringsfysiolog samt treningsøker (Hopstock et al., 2021, s. 3). En faktor som utfordrer oppfølgingen, kan være om pasienten ikke tar de riktige helsefaglige beslutningene. Derfor er det viktig med økt helsekompetanse og å motivere pasienten til å ta valg som gir best mulig helsegevinst. I følge en studie baseres motiverende samtaler på å akseptere pasientens autonomi, motivasjon, vise empati og styrke pasientens ressurser. Kjerneelementene i samtalen er en gjensidig lytting, informere og stille spørsmål. Pasienten bør erfare utslagene av ønskede valg, uavhengig om disse gir helsefaglig gevinst eller ikke. Dette kan styrke pasientens autonomi, men motarbeider arbeidet for optimal oppfølging. Pasienten skal også føle seg delaktig i tiltakene som blir iverksatt. Tiltakene skal være ønsket fra pasienten. Med andre ord skal pasienten få økt kontroll. Tilstedeværelsen av empati i relasjonen er avgjørende for at pasienten skal føle på støtte og respekt i motgang (Patrick & Williams, 2012, s. 8-9). Ved å styrke pasientens egne ressurser, styrker man pasientens mestringsfølelse som er avgjørende for motivasjonen.

5.5 Motivasjon

I følge Meland & Sandal (2021) kan motiverende samtaler ha en svært positiv effekt i oppfølgingen av hjerterelaterte pasienter. En slik samtale anvendes ved anbefalt endring av for eksempel livsstil. Poenget med motiverende samtaler er at pasienten selv skal få forståelse av viktigheten med livsstilsendringen. Motiverende samtaler kan gi en betydelig endring dersom pasienten får tilfredsstilt selvbestemmelse, kompetanse og tilhørighet. På denne måten blir motivasjonen en indre faktor, og kan dermed gi større motivasjon til å oppnå målet. Viktige elementer i en slik samtale er et godt samarbeid, åpenhet, autonomi og respekt. Pasienten vil dermed oppleve empati og at koordinatoren ikke har dømmende holdning, som igjen kan føre til økt tillit.

Pasientens motivasjonsgrad kan være avhengig av tidligere erfaringer. Dette vil si om pasienten har gjennomgått hjerteinfarkt tidligere. Pasienten kan da ha kunnskap om forebygging, og erfaring fra tidligere behandling og oppfølging. Selv om røykeslutt reduserer dødeligheten, er dette en vanskelig prosess for mange mennesker. Her kan det være avgjørende med sterk motivasjon. Dermed kan det være viktig at pårørende får informasjon om viktighetsgraden med røykeslutt, da pasienten trenger deres støtte i prosessen (Ørn & Brunvand, 2016, s. 193).

Motivasjonsgraden kan påvirkes av behovene i Maslows behovspyramide. Trygghetsbehovet er nest nederst i behovspyramiden. Dette behovet handler om å føle seg trygg. Et eksempel på dette kan være at pasienten har en forutsigbar oppfølging med klare rammer som gir følelse av trygghet, som klar oppfølgingsplan. Et eksempel på dette er studien til Hopstock et al. (2021). Et annet mangelbehov som skal tas hensyn til i oppfølgingen, er behovet for tilhørighet og kjærlighet (Renolen, 2015, s. 70). Studien av Sverre et al. (2017) viste at psykososiale faktorer ikke var medvirkende i resultatet om vedvarende røyking. Derimot mener Stubberud & Ellingsen (2016) at mange av pasientene som opplever depresjon etter akutt hjertesykdom, har usunn livsstil, som usunt kosthold, røyking, lite aktivitet og redusert sosial støtte. Dermed bør også den oppfølgingen inneholde økt sosial støtte. Den sosiale støtten kan enten komme fra familie, venner eller fra psykoterapi. Det vises en merkverdig sammenheng mellom depresjon og mangel på støttende pårørende. Tilbud om psykoterapi eller støttegrupper kan ha en styrkende effekt på pasientens oppfølging. I tillegg har depressive pasienter økt risiko for lavere legemiddeletterlevelse. Mange hjertepasienter dropper medisineringen på grunn av at bivirkningene blir for plagsomme i hverdagen, noe som reduserer sjansen for overlevelse etter hjerteinfarkt (Fonn, 2018). Dette kan også ha en sammenheng med manglende sosial støtte. En bivirkning av hjertemedisiner kan ofte være økt appetitt. Dette kan føre til overvekt, som er motstridende i behandlingen for hjerte- og karsykdommer (Mathisen, 2022).

5.6 Forebygge usikkerhet, depresjon og angst

Oppfølging av pasientens psykiske helse blir etterspurt av både pasientgruppen og deres pårørende (Fonn, 2018). Personer med psykiske lidelser har økt dødelighet for hjerte-og karsykdommer. Vi ser at det er en klar sammenheng mellom disse lidelsene. Av pasienter som opplevde psykiske lidelser etter gjennomgåtte hjerteinfarkter, hadde 75% av pasientene disse lidelsene fra før (Mathisen, 2022). Dermed kan det være avgjørende å gi pasienter med kjente psykiske lidelser, tettere oppfølging etter hjerteoperasjon før pasienten får symptomer på depresjon og angst. I studien til Hopstock et al. (2021) fikk pasientene også timer hos psykolog. Disse pasientene hadde fravær av symptomer på verken angst eller depresjon. Samme resultat fikk en studie av Kirchberger et al. (2015). Denne studien anvendte telefonsamtaler i oppfølgingen av hjerteinfarktpasienter. Med dette, synliggjøres effekten av tett oppfølging av hjertepasienter. Dette viser viktigheten med en tverrfaglig individuell plan, altså et samarbeid mellom koordinator, sykepleiere og aktører innen psykoterapi. God informasjon er også viktig for å forebygge usikkerhet og angst. Fasen etter utskrivelse etter

akutt hjertesykdom er ukjent for både pasient og pårørende, og kan føre til usikkerhet, frykt og angst (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 439). Dette viser at telefonsamtaler og tett oppfølging kan ha en positiv effekt på disse områdene.

5.7 Callista Roys adaptasjonsmodell

En studie av Kavradim & Özer (2020) anvender Callista Roys adaptasjonsmodell og telefonsamtaler i oppfølgingen av hjertepasienter. Gjennom telefonsamtaler, kan pasienten dele tanker og utfordringer, og få nødvendig sosial støtte. Oppfølgingen kan ta utgangspunkt i Roys adaptasjonsmodell for å oppnå mestring og økt tilpasning. Fremgangsmåten i oppfølgingen bør alltid tilpasses individet, hvilket gjør at betingelsene for metoden kan variere etter situasjonen. Pasientene kan også få motivasjon og mestringsfølelse av oppnådde delmål. En studie viste at de inkluderte oppnådde økt følelse av mestringsevne gjennom telefonsamtaler og personlige samtaler med en fagperson. Gjennom telefonsamtaler kan pasientene få mestringsfølelse og motivasjon av små elementer i hverdagen, som for eksempel å bli motivert til å spise saltreduert mat. Ved å oppnå mestringsfølelse kan pasienten, med hensyn til delmålene, opptre annerledes. Delmål som skal gi godt resultat for hovedmål krever at pasienten har en viss grad av tilpassingsdyktighet. Dette henger sammen med motivasjon og mestringsfølelse. Dersom pasienten skal endre livsstil, er det avgjørende at livsstilen endres i forhold til målet. Pasienten må dermed tilpasse seg den nye livsstilen. Studien av Kavradim & Özer (2020) viste at pasientene i intervensjonsgruppen hadde en klar mestringsfølelse. De var tilpassingsdyktige og fikk bedre livskvalitet. Dette resulterte også i at pasientene i intervensjonsgruppen fikk størst utbytte av livsstilsendringen. På denne måten kan vi se effekten av bruken av Roys adaptasjonsmodell. Pasientene fikk bedre livsstil med sunnere kost og økt fysisk aktivitet. Dette henger sammen med den salutogene forståelsen av helsefremmende faktorer, der tilpassingsdyktighet er en evne som strebes etter (Langeland, 2012, s. 41). Det kan tenkes at resultatet hadde vært noe annet dersom pasientene ikke fikk tett oppfølging og motivasjon.

5.8 Sammenhengen mellom helse, stress, salutogenese og livskvalitet

Funnene i studiene til Meisinger et al. (2013) og Kirchberger et al. (2015), viste at oppfølgingen ikke gav noen medisinske forbedringer, men gav bedre livskvalitet. Medisinske forbedringer skulle forhindre nye reinnleggelser og dermed bedre helse. Dette kan stride mot Rannestad & Haugan (2016). De mener at pasienten vil oppnå god helse ved å få god livskvalitet, og at disse komponentene påvirker hverandre. Pasientene kan ha et godt liv selv med hjertesykdom og forventninger om forverring. Dette avhenger om individet oppnår empowerment. Livskvaliteten kan også påvirkes av stressfaktorer. Lav sosioøkonomisk status kan være en stressfaktor som påvirker helsen på en negativ måte. Dette viser studien til Sverre et al. (2017) ved at deltakere med lav sosioøkonomisk status, fortsatte å røyke etter studien. Stress kan ha negative effekter på helsen, men dersom stressorene blir håndtert på riktig måte, kan stress ses på som helsefremmende i en salutogen innfallsvinkel. Ved å håndtere stress, kan man øke mestringsevnen etter vellykket opplevelse av stresshåndteringen (Langeland, 2012, 40-41). Eksempel på dette kan være økonomi. Dette kan gjøre at pasienten håndterer situasjoner bedre, situasjoner og hinder som krever motivasjon for å holde motet oppe og som krever riktige avgjørelser for optimal helsegevinst. Et eksempel på dette kan være vansker med røykeslutt tross for kunnskaper om viktigheten. Riktig håndtering av motstand gir pasienten ny erfaring, og blir bedre rustet til å håndtere ny motgang. Her kan vi se at tett oppfølging og motivasjon kan fremme helse fra flere vinkler, og fungerer som ressurs som støtter opp pasientens egne valg. På denne måten kan støtten hjelpe pasienten til å håndtere situasjonene på egenhånd.

En studie av Eriksson & Lindström (2007), studerte sammenhengen mellom salutogenese og livskvalitet hos blant annet pasienter med hjertesykdommer. Funnene i studien viste at graden av livskvalitet følger graden av salutogenese. Livskvaliteten ble styrket i familier med sterk salutogenese. Det kan tenkes at dette henger sammen med familiens samhold, sosiale nettverk, økonomi og familiens evne til å håndtere stress. Opplevelsen av samhold og tilhørighet, kan også erfares gjennom oppfølging fra fagpersoner. Dette sammenfaller med funnene i studien til Meisinger et al. (2013), Kavradim et al. (2020), Hopstock et al. (2021) og Kirchberger et al. (2015).

6.0 Konklusjon

Sykepleierens rolle i oppfølgingen av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, er et bredt tema der mange faktorer spiller inn. Jeg har i denne oppgaven gjennom funn i litteratur, teori og drøfting, kommet frem til noen av aspektene som belyser sykepleierens rolle i gitt situasjon. Målet med oppfølging er å forebygge nye hjerteinfarkter ved å endre livsstil. For å oppnå dette, har jeg gjennom teori og drøfting vist at tett oppfølging fra koordinator kan gi en felles forståelse for oppgavefordelingen i rehabiliteringen gjennom en individuell plan. For at dette skal være vellykket, har sykepleieren som funksjon å bidra til helsekommunikasjon og helsekompetanse slik at pasienten kan oppnå empowerment. Ved å oppnå empowerment, kan pasienten få en følelse av selvkontroll og styrket motivasjon. Sykepleieren har også som funksjon å støtte opp pasientens motivasjon for videre forløp. Dette kan oppnås gjennom tett oppfølging som telefonsamtaler og hjemmebesøk, men også gjennom et tverrfaglig samarbeid med psykolog og ernæringsfysiolog. Ved å styrke pasientens indre motivasjon, kan pasienten se meningen i prosessen. Gjennom å oppnå disse delmålene, kan man forebygge usikkerhet, depresjon og angst, som også vil være en bestanddel av sykepleierens funksjon. Å øke pasientens mestringsevne og økt evne til stresshåndtering, kan også være en sykepleiefunksjon som fremmer helsegevinst. Gjennom pasientens egne erfaringer, følelse av mestringsevne og motivasjon, kan sykepleieren støtte pasienten til å håndtere ny motstand. Altså økt evne til å motstå utfordringene som vil oppstå, på veien mot målet om livsstilsendringer og forebyggelsen av nye infarkter.

7.0 Referanseliste

- Ariansen, I. K. H. (2021, 26.11). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kaer/>
- Birkeland, A. B. & Flovik, A. M. (2018). Hjemmesykepleie: bakgrunn og rammer. I A. B. Birkeland & A. M. Flovik (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (3. utgave, s. 13-32). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave). Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018, 29.10). *Hva er forskningsetikk?* De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/kva-er-forskningsetikk/>
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utgave, bind 1, s. 229-280). Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsykdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54-93). Cappelen Damm Akademisk.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 61(11), 938–944. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1136/jech.2006.056028>
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utgave, s. 86-119). Fagbokforlaget.
- Fonn, M. (2018, 16. februar). *Overlever utblokkingen – men hva så?* Sykepleien.
<https://sykepleien.no/2018/02/overlever-utblokkingen-men-hva-sa>

Formål om habilitering og rehabilitering. (2011). *Formål om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utgave, s. 112-134). Fagbokforlaget.

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Fagbokforlaget.

Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utgave, s. 179-200). Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 03.06). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.

https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor/_attachment/271070?_ts=176672d7ea2

Helsedirektoratet. (2018, 12. juli). 13.4. *Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten: Koordinator oppnevnt i kommunen*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/koordinator-i-kommunen-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2020. 17. 09). *Hjerteinfarkt – overlevelse 30 dager etter innleggelse*.

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/overlevelse-30-dager-etter-innleggelse-for-hjerteinfarkt>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2021). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

- Hem, E. (2020). Hva er egentlig helsekompetanse? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
DOI: 10.4045/tidsskr.20.0463
- Holm, S. F. (2015, 09.10). *Nøkkelen til god motivasjon*. Psykologisk.
<https://psykologisk.no/2015/10/nokkelen-til-god-motivasjon/>
- Hopstock, L. A., Deraas, T. S., Henriksen, A., Martiny-Huenger, T., & Grimsgaard, S. (2021). Changes in adiposity, physical activity, cardiometabolic risk factors, diet, physical capacity and well-being in inactive women and men aged 57-74 years with obesity and cardiovascular risk - A 6-month complex lifestyle intervention with 6-month follow-up. *PloS one*, 16(8), e0256631. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1371/journal.pone.0256631>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi: I sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Johansen, L. B. & Morland, E. (2021, 01. september). *Faggruppene om psykisk sykes fysiske helse: – Gi trygghet, støtte, forebygg og lag skreddersydde planer*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/2021/09/gi-trygghet-stotte-forebygg-og-lag-skreddersydde-planer>
- Kirchberger, I., Hunger, M., Stollenwerk, B., Seidl, H., Burkhardt, K., Kuch, B., Meisinger, C., & Holle, R. (2015). Effects of a 3-year nurse-based case management in aged patients with acute myocardial infarction on rehospitalisation, mortality, risk factors, physical functioning and mental health. a secondary analysis of the randomized controlled KORINNA study. *PloS one*, 10(3), e0116693. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1371/journal.pone.0116693>

- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave, s. 98-114). Gyldendal Akademisk.
- Kjetland, M. B. & Nordstad, M. G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 447-514). Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utgave, bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utgave, bind 1, s. 193-266). Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk sykepleie*, 26(2), s. 38-48. DOI: 10.18261/ISSN1903-2285-2012-02-05
- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utgave, s. 37-49). Fagbokforlaget.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Gyldendal Akademisk.
- Lunde, S. A. E. (2017). Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til mestring for pårørende. *Sykepleien*, 17(12), s. 1-13. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.63670

- Mathisen, G. (2022, 18. mars). Derfor dør psykisk syke av hjerteproblemer. *Forskning*.
<https://forskning.no/hjerteinfarkt-hjertet-horisonnt/derfor-dor-psykisk-syke-av-hjerteproblemer/1996428>
- Meisinger, C., Stollenwerk, B., Kirchberger, I., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B., & Holle, R. (2013). Effects of a nurse-based case management compared to usual care among aged patients with myocardial infraction: results from the randomized controlled KORINNA study. *BMC Geriatrics*, 13(1), 115. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/1471-2318-13-115>
- Meland, E. & Sandal, G. B. (2021). Motivasjon og selvbestemmelse. *Tidsskriftet: Den Norske Legeforening*, s. 1-5. DOI: 10.4045/tidsskr.20.1009
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2011). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-2
- Patrick, H. & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2012(9), s. 1-12. DOI: doi:10.1186/1479-5868-9-18
- Rannestad, T. & Haugan, G. (2016). Helsefremming i spesialisthelsetjenesten. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 19-32). Cappelen Damm akademisk.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utgave). Fagbokforlaget.

Sletteland, Nina & Donovan, Ruth Marie. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleiens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422-446). Cappelen Damm Akademisk.

Sverre, E., Otterstad, J. E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Husebye, E., Dammen, T., Moum, T., & Munkhaugen, J. (2017). Medical and sociodemographic factors predict persistent smoking after coronary events. *BMC cardiovascular disorders*, 17(1), 241.
<https://doi.org/10.1186/s12872-017-0676-1>

Sykepleien (2020, 17.12). Kreft og hjerte- og karsykdommer var de vanligste dødsårsakene i Norge i 2019. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2020/12/kreft-og-hjerte-og-karsykdommer-var-de-vanligste-dodsarsakene-i-norge-i-2019>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Universitetsforlaget.

Turan Kavradim, S., & Canli Özer, Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomised controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(1), 247–260.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12793>

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utgave, s. 237-258). Fagbokforlaget.

Ursavas, F. E., Karayurt, O. & Iseri, O. (2014). Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. *The Journal of Breast Health*, 10(3), s. 134-140. DOI: 10.5152/tjbh.2014.1910

WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*, Geneva. World Health Organization.
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO. (2019). *Definition of health*. World Health Organization.

<https://www.publichealth.com.ng/world-health-organizationwho-definition-of-health/>

Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. B.- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utgave, s. 162-200). Gyldendal Akademisk.