

BSYBAC_

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvilke oppfølgingsbehov har pasienter under sekundærforebygging mot hjerte- og karsykdommer og hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendring?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Universitetet i Stavanger, 01/01 - 2024

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

En nær bekjent hadde en bypassoperasjon etter å ha fått et hjerteinfarkt. Han har uttrykt frustrasjon over oppfølgingen etter utskrivelse og mener han fikk bedre oppfølging på sykehuset. Han føler seg overlatt til noen som ikke kan gi den oppfølgingen han ønsker, i dette tilfellet fastlegen. Han opplever at hans behov ikke blir møtt eller at han får svar på sine spørsmål. På bakgrunn av mangel på tilfredsstillende oppfølging har det vært vanskelig å endre på livsstilen sin, sier han. Han har ikke lyktes å gjennomføre noen livsstilsendringer for å eliminere risikofaktorene sine relatert til hjerte- og karsykdom.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse oppfølgingsbehovet til pasienter med hjerte- og karsykdommer. Dette er viktig å belyse for å gi pasienter bedre forutsetning for å håndtere en livsstilsendring, som igjen kan forhindre en reinnleggelse. Vi viser til forskning som får frem aktuelle tiltak i forbindelse med sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer.

Metode

Metoden for denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt med resultater fra flere forskningsartikler og presenterer den røde tråden i disse. To kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler ble analysert. Vi har presentert resultater fra forskningsartiklene, bakgrunns litteratur og egne refleksjoner rundt funn i denne besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser et stort antall reinnleggelser som følge av for dårlig sekundær risikofaktorkontroll relatert til hjerte- og karsykdom. Usystematisk og mangelfull oppfølging/veiledning fører til uengasjerte pasienter som tar lite initiativ til egen behandling. Det er viktig å skape en motivasjon hos pasienten for å jobbe med å endre livsstilen sin og at det blir gitt individualisert oppfølging og veiledning.

Nøkkelord: «Hjerte- og karsykdom», «Sekundærforebygging», «Risikofaktor», «Livsstilsendring», «Sykepleier», «Pasient».

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
2.0 Teorikapittel	7
2.1 Hjerte- og karsykdommer	7
2.2 Sykdomslidelse/livslidelse/pleielidelse	7
2.3 Sykepleiers funksjon (undervisning/veiledning og forebygging)	8
3.0 Metode	10
3.1 Hva er metode?	10
3.2 Integrativ litteraturoversikt	10
3.3 Søkeprosessen	11
3.3.1 Valg av søkestrategi	11
3.3.2 Valg av databaser	11
3.3.3 Valg av søkeord/søkekombinasjoner	12
3.3.4 Avgrensninger	13
3.4 Valg av artikler	14
Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler	15
3.5 Analyse av artiklene	17
4.0 Resultater	18
4.1 Faren for reinnleggelse	18
4.1.1 Behov for oppfølging	18
4.1.2 Utdringer med risikofaktorer	19
4.2 Motivasjon gir viljestyrke	20
4.2.1 Å skape motivasjon hos pasienten	20
4.2.2 Fokus på god rådgivning og oppfølging	20
4.2.3 Pasientens deltagelse i livsstilsendring	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.1.1 Land og arena for studiene	22
5.1.2 Forskernes bakgrunn	22
5.1.3 Studienes deltakere	22
5.1.4 Valg av databaser	24
5.1.5 Kvantitativ & kvalitativ tilnærming som metode	24

5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 Faren for reinnleggelse	25
5.2.2 Motivasjon gir viljestyrke.....	26
6.0 Anvendelse av resultat i praksis.....	29
Referanser/litteraturliste	31
Vedlegg 2: Søkelogg	33
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	36

Antall ord: 7 870

1.0 Innledning

Bacheloroppgaven omhandler hvilke livsstilsendringer som bør gjøres for pasienter som har gjennomgått hjerte- og karsykdommer, slik at de med mer sannsynlighet unngår et tilbakefall. Hjerte- og karsykdom står for store deler av dødsårsakene i Norge. I følge LHL var hjerte- og karsykdom den nest viktigste dødsårsaken i Norge i 2019, som utgjorde 31% av all dødelighet (Landsforening for hjerte- og lungesyke, u.å). De mest relevante risikofaktorene i forbindelse med hjerte- og karsykdom er usunt kosthold, fysisk inaktivitet, røyking og skadelig alkoholforbruk. Det har vist seg at røykeslutt, et kosthold med mer frukt og grønnsaker, mer fysisk aktivitet og unngå store mengder alkohol vil reduserer risikoen for hjerte- og karsykdommer. En helsepolitikk som tilrettelegger miljøer for å gjøre sunne valg, samtidig som det er rimelig og lett tilgjengelig, er en avgjørende faktor for å motivere folk til å oppnå en sunn livsstil (World Health Organization, u.å). Risikofaktorene nevnt ovenfor, unntatt skadelig alkoholforbruk, blir brukt i denne oppgaven. Vi utdyper grunnlaget vårt for å ekskludere skadelig alkoholforbruk som en risikofaktor i punkt 3.4.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En nær bekjent hadde en bypassoperasjon etter å ha fått et hjerteinfarkt. Han har uttrykt frustrasjon over oppfølgingen etter utskrivelse og mener han fikk bedre oppfølging på sykehuset. Han føler seg overlatt til noen som ikke kan gi den oppfølgingen han ønsker, i dette tilfellet fastlegen. Han opplever at hans behov ikke blir møtt eller at han får svar på sine spørsmål. På bakgrunn av mangel på tilfredsstillende oppfølging har det vært vanskelig å endre på livsstilen sin, sier han. Han har ikke lyktes å gjennomføre noen livsstilsendringer for å eliminere risikofaktorene sine relatert til hjerte- og karsykdom.

1.2 Problemformulering

Det er flere tilfeller hvor folk får hjerte- og karsykdommer og derfor bør endre livsstilen sin. Mennesker kan være vanedyr, noe som gjør livsstilsendringer mer krevende. Mange liker å ha det komfortabelt og tar ofte den raskeste veien til mål. Livsstilsendring er en tidkrevende prosess som handler om små riktige valg i hverdagen og å holde en kontinuitet i endringen over en lengre periode. Spørsmål vi stiller oss underveis er: Hvilket behov for oppfølging har pasienten? Og hva skal til for å endre en persons livsstil? Noen har kapasitet til å klare en omvelting bedre enn andre. Informasjonsbehovet vil variere og det samme gjelder grad av oppfølging. Pasienten kan møte på utfordringer som frustrasjon, håpløshet eller mangel på

motivasjon til trening. Andre kan slite med abstinenser i forhold til røykeslutt. Noen kan kjenne på skam og stigmatisering i forhold til kropp og kosthold. Ved mangelfull oppfølging og veiledning etter utskrivelse kan pasienten føle seg alene og ha problemer med å gjennomføre livsstilsendringen. Med ny kunnskap innenfor temaet kan sykepleier bedre vite hvilket behov pasienten har for informasjon og oppfølging. Vi ønsker derfor å belyse oppfølgingsbehovet til pasientene, som kan gi sykepleier bedre forutsetninger for å hjelpe pasientene til å mestre livsstilsendringer.

Denne oppgaven har både et sykepleiers perspektiv og pasientens perspektiv. Oppgaven bygger på begge perspektiver for å belyse hvilke tiltak sykepleier kan bruke og hvilke opplevelser pasientene har fra disse tiltakene. Ved å se på pasientenes erfaringer kan sykepleier dra nytte av tidligere erfaringer inn i det forebyggende arbeidet. Forskningen vi har brukt i denne oppgaven tar for seg pasienter innlagt med hjerte- og karsykdommer, men også tiden etter utskrivelse for å belyse oppfølgingsbehovet. Ved å fremstille data som antall innlagte/reinnleggelser av pasientgruppen og ved å fremlegge pasienters egne opplevelser, mener vi at oppgaven blir besvart på best mulig måte i henhold til problemstillingen vår.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse oppfølgingsbehovet til pasienter med hjerte- og karsykdommer. Dette er viktig å belyse for å gi pasienter bedre forutsetning for å håndtere en livsstilsendring, som igjen kan forhindre en reinnleggelse. Vi viser til forskning som får frem aktuelle tiltak i forbindelse med sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer.

2.0 Teorikapittel

I dette kapittelet gir vi en kort beskrivelse av hva hjerte- og karsykdommer er, samt hvilke livsstilsfaktorer som er relatert til sykdommen. Vi presenterer ulike former for lidelse og knytter dem til hvordan pasienter med hjerte- og karsykdommer kan bli utsatt. Deretter har vi valgt å fremheve sykepleiers undervisende rolle og forebyggende arbeid med denne pasientgruppen.

2.1 Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er en fellesbetegnelse for sykdommer som rammer hjertet og blodårer og kan deles inn i to hovedgrupper. Det deles inn i iskemisk hjertesykdom, også kjent som koronar hjertesykdom og andre hjertesykdommer. Iskemisk hjertesykdom er nedsatt oksygentilførsel til hjertet grunnet ett eller flere tette kranskar. Iskemisk hjertesykdom fører til hjerteinfarkt eller angina pectoris, mens gruppen med andre hjertesykdommer tar for seg flere tilstander. Disse hjertesykdommene kan ha veldig ulike årsaker og symptomer. Eksempler på disse kan være klaffefeil, hjerneblødning, hjertesvikt og betennelser i hjerteveggen (Thelle, 2023). Risikofaktorene som er felles for disse sykdommene er fysisk inaktivitet, røyking, usunt kosthold og skadelig bruk av alkohol. Undersøkelsen av forskningen på temaet viser at det er mange pasienter som ikke klarer å unngå disse risikofaktorene.

2.2 Sykdomslidelse/livslidelse/pleielidelse

Sykepleiere ble historisk sett til for å lindre pasientens lidelse. Lidelsen kan forekomme fra flere aspekter i faget og kan kategoriseres som ulike former for lidelse. I dag er det slik at blant annet omsorgen som utøves kan skape lidelse hos pasienten. Vi ønsker å sette lidelse som et teoretisk utgangspunkt, ettersom de ulike formene for lidelse kan påvirke pasientgruppen som denne oppgaven omhandler. “En diagnose som kronisk sykdom eller alvorlig risiko for utvikling av sykdom innebærer en personlig krise for den enkelte” (Kristoffersen, 2016, s. 215). Ulike former for lidelse påvirker pasientens hverdag og det er viktig at sykepleier er kjent med de ulike formene for lidelse for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Det er tre ulike former for lidelse. I denne oppgaven har vi valgt å presentere sykdomslidelse og pleielidelse, da vi anser disse som spesielt relevante for vår pasientgruppe.

“Sykdomslidelse. Den lidelse, der oppleves i relation til sykdom og behandling.” (Eriksson, 2012, s. 76). Man kan inndele sykdomslidelse i to underkategorier. Fysiske smerter som kommer av den aktuelle sykdommen og/eller behandlingen, og sjelelig/åndelig lidelse.

(Eriksson, 2012, s. 78) Pasienter med hjerte- og karsykdommer har en kronisk sykdom som kan være utmattende og kan ta en stor del av pasientens oppmerksomhet i hverdagen. I et tilfelle med hjertesvikt blir pasienten utsatt for smerte og ubehag, som er en form for sykdomslidelse. *“Sjelelig og åndelig lidelse. Denne lidelse forårsages af de oplevelser af fornedring, skam og/eller skyld, mennesket oplever i forhold til sygdom eller behandling.”* (Eriksson, 2012, s. 78). Pasienter med underliggende risikofaktorer som usunt kosthold eller lite fysisk aktivitet kan kjenne på skam og skyld i forhold til sin sykdom. Pasienten kan sitte med dårlig samvittighet ovenfor seg selv og tenke at dette er selvforskyldt. Det er denne følelsen man kaller selvforakt sykdomslidelse. Denne type lidelse kan også oppstå dersom helsepersonell er dømmende ovenfor pasienten.

“Plejelidelse. Den lidelse, der opleves i relation til selve plejesituasjonen.” (Eriksson, 2012, s. 77). Det finnes mange former for pleielidelse, og hvert enkelt menneske som blir utsatt for lidelse forårsaket av pleie eller manglende pleie opplever det på sin måte. Noen former for pleielidelse er *«krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse eller manglende pleie»* (Eriksson, 2012, s. 81). I forhold til vår problemstilling er det spesielt viktig at sykepleier ikke fordømmer pasienten. Hvis sykepleier for eksempel tenker at pasienten har seg selv å takke for risikofaktorer, er det en tanke som strider imot sykepleiers profesjonalitet. Det kan også føre til manglende pleie hvis sykepleier unnlater å gi tilstrekkelig informasjon, på bakgrunn av fordommer, for å hjelpe pasienten med å bli kvitt risikofaktorer. Pasienten kan føle seg etterlatt og dermed ensom når han er i en situasjon alene uten nok kunnskap om hvordan han kan endre livsstilen sin. Pasienten lider da i form av uvitenhet og usikkerhet rundt sin helse. Dessuten er sykepleier lovpålagt å informere pasienter om deres helse. *“Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og inneholdte i helsehjelpen.”* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, §3-2).

2.3 Sykepleiers funksjon (undervisning/veiledning og forebygging)

“Som yrke omfatter sykepleie funksjoner eller områder som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde.” (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Det er flere punkter som kan identifiseres som sykepleiers funksjonsområder. Vi har valgt å sette funksjonsområdene undervisning/veiledning og forebyggende funksjon som referanseramme for denne oppgaven. Disse referanserammene er essensielle områder for å hjelpe pasienter som bør bli kvitt risikofaktorer relatert til hjerte- og karsykdommer.

I et forebyggende arbeid med pasienter overføres kunnskap fra gruppe- og befolkningsnivå til individnivå. I epidemiologisk forskning på store pasientgrupper gis det statistikk på hvilke faktorer som forårsaker sykdom. Dette kan overføres til et individnivå og kan gi bedre muligheter for å forutsi hva som vil skje med pasienten. Folk er forskjellige og det finnes mange måter å møte pasienter på, særlig i et individuelt forebyggende arbeid (Mæland, 2021, s. 64). *“Forebygging rettes både mot friske mennesker, mot personer som er spesielt utsatt for helsesvikt, og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker.”* (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Det finnes ulike fokusområder innen forebyggende arbeid. Man kan skille mellom primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende tiltak. I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i sekundærforebyggende tiltak.

“Sekundærforebygging sikter mot å indentifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, og deretter sette inn tiltak for å hindre utvikling av helsesvikt og eventuell sykdom.” (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Det er viktig at sykepleier er bevisst på sekundærforebygging slik at pasienten med mest sannsynlighet kan unngå et tilbakefall. Sekundærforebyggende arbeid kan være et tverrfaglig samarbeid mellom forskjellige instanser og helsepersonell. Et tiltak kan være å henvise til fysioterapeut eller andre institusjoner for undervisning/veiledning som for eksempel hjertescole. Som et sekundærforebyggende tiltak vil god undervisning og veiledning være viktig for at pasienten skal få nok kunnskap til å kunne iverksette tiltak for livsstilsendring. Undervisning og veiledning er funksjoner som bidrar til læring, utvikling og mestring. Funksjonsområdet ovenfor pårørende og pasienter er å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Sykepleier skal kunne indentifisere når undervisning og veiledning er nødvendig. Det er derfor viktig at sykepleier utvikler ferdigheter i kommunikasjon og samhandling. Da kan sykepleier og pasient ha en åpen dialog slik at et tillitsforhold dannes. På denne måten vil sykepleier ha bedre forutsetninger til å kunne indentifisere behov for læring og lage rom for spørsmål fra pasienten.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

I boken «*Metode og oppgaveskriving*» henviser Dalland til Auberts beskrivelse av metode. “*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder*” (Dalland, 2020, s. 53). Han beskriver hvordan man skal gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap.

Metode er et redskap når noe skal undersøkes. Metoden brukes til å innhente data, som anvendes i den undersøkelsen som skal bli gjort (Dalland, 2020, s. 54). Redskapene som normalt benyttes er kvantitativ, kvalitativ eller en kombinasjon av disse metodene i empiriske studier. Hvilken metode som tas i bruk baseres på hva som skal bli undersøkt. “*De Kvantitative metodene har den fordel at de gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp.*” (Dalland, 2020, s. 54). “*De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle.*” (Dalland, 2020, s. 54).

Den kvalitative forskningsmetoden er velegnet hvis ønsket er å finne ut noe om pasientens opplevelser, meninger eller oppfatninger av for eksempel ernæringsrådgivning eller hvordan en sykdom oppleves. I den kvalitative metoden er det normalt å bruke spørreundersøkelser for å få informasjon om hva pasienter tenker om et tema. Dersom formålet derimot er å kartlegge forekomsten av hjerte- og karsykdom, eller annen statistikk rundt denne sykdommen, så er kvantitativ metode et bedre valg. I kvantitativ metode brukes for eksempel kartleggingsskjema. Metoden som velges integreres i det man kaller litteraturoversikt.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt i seg selv “*handlar alltså om att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område, eller om ett problem inom sjuksköterska verksamhetsområde/kompetensområde.*” (Friberg, 2017, s. 141). Formålet er å skape oversikt over litteratur og presentere et sammenfattet bilde over forskningen på feltet.

Det finnes flere måter å utføre en litteraturoversikt på. Vi har blant annet allmenn og integrativ litteraturoversikt. Begge er metoder for å undersøke og sammenfatte et systematisk utvalg av litteratur. Litteraturoversikten kan baseres på både kvantitative og kvalitative studier. Den

integrative litteraturoversikten skiller seg fra allmenn litteraturoversikt ved at man skal tolke og trekke egne konklusjoner. Med *“Integrativ översikt väljer du att gå ett steg till än vad som görs i allmänna översikt. ... datareduktion, skapa översikt och verifiera, eftersom fokus är riktat mot att syntetisera resultaten från de olika studierna till det som kan benämnas “en ny helhet”.*” (Friberg, 2017, s. 150). I en allmenn litteraturoversikt derimot, gis det en beskrivende oversikt av de utvalgte studienes data/resultat innen et valgt tema/område, uten å konkludere og vise hvordan data henger sammen. På bakgrunn av oppgavens omfang har vi valgt å skrive en integrativ litteraturoversikt.

I en integrativ litteraturoversikt er det nødvendig å konkludere og verifisere hvordan data henger sammen. Det handler om å indentifisere underliggende mønster i dataen. Dette forutsetter tolkning og i siste instans handler det om å syntetisere det som studeres til en omfattende fremstilling av det aktuelle emnet. Det innebærer å være oppmerksom på at tolkningene som gjøres er robuste, og at det er en rød tråd i oppgaven (Friberg, 2017, s. 150). Mer om analysearbeidet i punkt 3.5.

3.3 Søkeprosessen

3.3.1 Valg av søkestrategi

Da vi skulle starte søkeprosessen begynte vi med innledende informasjonssøking på Oria for å finne bakgrunnsinformasjon og danne oss et overblikk over temaet vårt. Vi brukte Oria som søkemotor ettersom dette er en samling av artikler fra flere databaser. Slik fant vi litteratur knyttet til vårt tema, som bidro til formuleringen av problemstillingen vår. Når problemstillingen var ferdig utarbeidet begynte vi med den grundige informasjonssøkingen i relevante databaser. Her benyttet vi strukturert litteratursøk. Denne søkemethoden lot oss spesifisere søket og legge til ulike eksklusjonskriterier (mer om avgrensninger i 3.3.4). Vi gjorde avanserte søk i forskjellige relevante databaser som ga oss flere treff på forskningsartikler som kunne tilknyttes til hensikten med oppgaven vår.

3.3.2 Valg av databaser

Da vi skulle finne empiriske forskningsartikler søkte vi i relevante databaser. Disse var tilgjengelige via nettsiden til skolens bibliotek. Vi gjorde søk i blant annet Cinahl, PubMed, Medline, og British nursing index. Dette er databaser som er kategorisert relevante for helse- og sosialfag. Vi fant flere artikler i PubMed, Medline og British nursing index som kunne virke relevante for vår problemstilling. Noen viste seg å være publisert på nettsider som ikke var anerkjente og andre manglet IMRaD struktur. Andre artikler hadde for gammel forskning eller for lite relevans for vår problemstilling. Vi forsøkte flere søkestrategier uten det resultatet

vi ønsket. I Cinahl fant vi derimot flere gode resultater i løpet av søkeprosessen. Her fant vi empiriske studier som samsvarte godt med vår problemstilling. Dermed ble Cinahl vår eneste brukte database.

3.3.3 Valg av søkeord/søkekombinasjoner

Når vi begynte å søke etter forskningsartikler startet vi med relevante søkeord som “follow up” og “heart disease”. Disse ordene sammen ga omkring 7000 treff. Dette var for bredt, og vi ble dermed nødt til å spesifisere søkene. Vi ønsket å finne artikler som omhandlet statistikk omkring reinnleggelse av pasienter i Skandinavia, samt tiltak som bidro til å hjelpe pasienten med å redusere sjansen for tilbakefall av hjerte- og karsykdommer. Da vi brukte den engelske databasen Cinahl la vi inn spesifiserte engelske søkeord som: “Nurse”, “Patient experiences”, “Heart surgery”, “Food”, “Smoking cessation”, “Artery”, “Recurrence prevention”, “Coronary arteriosclerosis”, “Myocardial infarction”, “Cardiovascular disease”, “Readmission”, “Lifestyle discussion” og “Motivational interviewing”. Disse ordene i ulike kombinasjoner ga oss flere spesifiserte resultater. Vi brukte søkehistorikken for å se tilbake på hvilke ord og ulike kombinasjoner av ord, bøyninger, trunkeringer og boolesker som ble brukt gjennom søkeprosessen. Vi skrev ned brukte søkekombinasjoner ved interessante treff for å kunne finne igjen artiklene. Det ga oss en god oversikt å kunne se tilbake på søkehistorikken. I vedlegg 2 kan man blant annet se spesifikt hvilke søkeord og kombinasjoner som er brukt for å finne de ulike artiklene tatt i bruk til denne oppgaven, samt hvor mange treff vi fikk.

3.3.4 Avgrensninger

<u>Inklusjonskriterier</u>	<u>Eksklusjonskriterier</u>
Fagfellevurderte artikler	Ikke fagfellevurderte artikler
IMRaD struktur	Ikke IMRaD struktur
Geografi – Skandinavia	Geografi – utfor Skandinavia
Publisert i anerkjente tidsskrifter	Ikke publisert i anerkjente tidsskrifter
Forskningsarena – på sykehus og/eller tiden etter utskrivelse	Forskningsarena – Før innleggelse på sykehus. Andre arenaer enn sykehus
Hjerte- og karsykdommer	Andre sykdommer enn hjerte- og karsykdommer
Ikke medikamentell oppfølging som sekundærforebygging	Medikamentell oppfølging som sekundærforebygging
Eldre enn 10 år – publisert før 2014	Ikke eldre enn 10 år – publisert fra 2014 og etter
Risikofaktorer – inaktivitet, røyking, usunt kosthold og skadelig alkoholforbruk	Risikofaktorer – genetikk, alder og kjønn
Ikke skadelig alkoholforbruk som risikofaktor	Skadelig alkoholforbruk som risikofaktor

3.4 Valg av artikler

Vi har valgt artiklene som vi anvender i oppgaven basert på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Artikkel 1, 2 og 5 (se vedlegg 3 for litteraturoversikt) har vi valgt som kvantitative forskningsartikler. Artikkel 1 og 2 anvendes i denne oppgaven for å presentere statistikk. Statistikken viser for dårlig risiko faktor kontroll etter førstegangs innleggelse med hjerte- og karsykdommer, samt stor forekomst av reinnleggelse som følge av dårlig risiko faktor kontroll. Artikkel 5 presenterer statistikk om røykeslutt etter at pasienter har gjennomgått bypassoperasjon. Denne artikkelen ønsker vi å bruke for å belyse hvordan og hvorfor pasienter sluttet å røyke etter hjerte- og karoperasjon.

Vi valgte å ta med en forskningsartikkel angående røykeslutt fra Nederland ettersom forskningen på dette området var svært begrenset i Skandinavia. Sykepleiere i Skandinavia kan trolig ta lærdom fra denne forskningen og anvende den i det skandinaviske helsevesenet. Studien ga resultat om hva som har fungert for pasienter fra fem ulike sykehus. Resultatet de kom frem til i Nederland, vil med stor sannsynlighet være tilsvarende for pasienter i Skandinavia. Vi anså derfor denne studien som relevant for vår oppgave.

Artikkel 3 og 4 er to kvalitative studier. Her får vi frem pasientenes egne opplevelser som belyser hvilke oppfølgingsbehov de har og hvilke tiltak som hjelper dem til å endre livsstil. Vi ønsket å inkludere kvalitative studier ettersom risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer er relatert til enhver persons livsstil. Forebygging av disse bør derfor tilpasses den enkelte pasient.

I innledning angir vi at skadelig alkoholforbruk som risikofaktor ikke blir inkludert i oppgaven, selv om WHO sier at det er en av fire viktige risikofaktorene til hjerte- og karsykdommer. Vi undersøkte artikler angående skadelig alkoholforbruk som risikofaktor. Noen artikler viste til at det var en risikofaktor, andre fant ikke en sammenheng mellom skadelig alkoholforbruk og hjerte- og karsykdommer. Vi velger derfor å ekskludere skadelig alkoholforbruk da vi ikke kan konkludere med noe ut ifra disse artiklene.

Vi har valgt å ha med både kvalitativ og kvantitativ metode som en metodetriangulering. Vi mener at ved å presentere statistikk etterfulgt av pasienters og sykepleiers egne opplevelser og erfaringer, så svarer vi på problemstillingen på en hensiktsmessig måte. Oversikt over de analyserte artiklene ligger nedenfor i vedlegg 1.

Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt med studien	Perspektiv	Metode
<p>Artikkel 1</p> <p>J. Jortveit, S. Halvorsen, A. Kaldal, A. H. Pripp, R. E. S. Govatsmark & J. Langøren</p> <p>2019</p> <p>“Unsatisfactory risk factor control and high rate of new cardiovascular events in patients with myocardial infarction and prior coronary artery disease”</p>	<p>Viser til for lite bruk av sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer.</p>	<p>Hensikten med denne kohortstudien var å vurdere risikofaktor kontrollen og langsiktige resultater hos pasienter under 80 år som har både hatt og ikke hatt infarkt før.</p>	<p>Sykehusperspektiv</p>	<p>Kvantitativ</p>
<p>Artikkel 2</p> <p>Sulo, G, Igland, J, Øverland, S, Egeland, G. M, Roth, G. A, Vollset, S. E & Tell, G. S</p> <p>2019</p> <p>“Heart failure in Norway, 2000-2014: analyzing incident, total and readmission rates using data from the Cardiovascular Disease in Norway (CVDNOR) Project”</p>	<p>Undersøkelse av trender i innleggelser på grunn av hjertesvikt og risikoen for reinnleggelse.</p>	<p>Studien belyser faren ved hjertesvikt. Vi har en befolkning som stadig blir eldre og det er økende trender av risikofaktorer.</p> <p>Hensikten med studien var å kartlegge trender i hjertesviktinnleggelser og risiko for tilbakefall av hjertesvikt eller hjerte og karsykdom, både på korttid og lang tid.</p>	<p>Sykehusperspektiv</p>	<p>Kvantitativ</p>

<p>Artikkel 3</p> <p>Brobeck, E, Odenchrants, S, Bergh, H & Hildingh, C</p> <p>2014</p> <p>“Patients` experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study”</p>	<p>Motivasjons intervju som tilnærming for å bidra til livsstilsendring hos pasienter.</p>	<p>Hensikten med denne artikkelen er å beskrive hvordan pasienter i primærhelsetjenesten opplever livsstils diskusjoner som er basert på motivasjons intervjuer.</p>	<p>Pasientsyn</p>	<p>Kvalitativ</p>
<p>Artikkel 4</p> <p>Elbrønd, P, Højskov, I. E, Missel, M & Borregaard, B</p> <p>2019</p> <p>“Food and heart - the nutritional jungle: Patients` experiences of dietary habits and nutritional counselling after coronary artery bypass grafting”</p>	<p>Ernæringsrådgivning etter bypass-operasjon.</p>	<p>Undersøkelse av pasienters kostholdsvaner og deres opplevelse av ernæringsrådgivning i etterkant av en bypass-operasjon.</p>	<p>Pasientsyn</p>	<p>Kvalitativ</p>
<p>Artikkel 5</p> <p>Snaterse, M, Jorstad, H. T, Minneboo, M, Lachman, S, Boekholdt, S. M, Riet, G. T, Reimer, W. J. M. S. O & Peters, R. J. G</p> <p>2019</p> <p>“Smoking cessation after nurse – coordinated referral</p>	<p>Pasienters evne til røykeslutt basert på livsstils intervensjon og et koordinert røykesluttprogram.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å kartlegge pasienter som sluttet å røyke og deres metode for å slutte å røyke. Enten via et sykepleier-koordinert røykesluttprogram eller med hjelp av andre livsstils intervensjoner.</p>	<p>Pasientsyn</p>	<p>Kvantitativ</p>

to a comprehensive lifestyle programme in patients with coronary artery disease: a substudy of the RESPONSE-2 trial”				
--	--	--	--	--

3.5 Analyse av artiklene

Ifølge Fribergs metode skal en bevege seg fra helheten, til deler, og til en ny helhet. Helheten omfavner de utvalgte artiklene mens delene er resultater som “plukkes fra hverandre” for å finne meningsbærende enheter som samsvarer med hensikten i oppgaven. Den nye helheten gir en sammenfatning og tolkning av de meningsbærende enhetene som blir våre resultater (Friberg, 2022, s. 176). Da vi skulle starte analysearbeidet, leste vi nøye igjennom de utvalgte studiene for å få en god forståelse av hva de handler om. Når vi leste, utfylte vi litteraturmatrisen (vedlegg 3), som innebærer blant annet resultater. Etter hvert som vi analyserte artiklene og kom frem til flere resultater, gjorde vi en datareduksjon for å luke ut resultater som ikke samsvarte med vår hensikt. Vi la sammen resultatene i et dokument for å skape oversikt og identifisere sterke resultater som gikk igjen. Tema som omhandlet det samme ble kategorisert med fargekoder. Vi sammenlignet resultater, så på likheter og ulikheter. Det ble da mulig å identifisere felles karakteristika i dataene. Vi har organisert resultatene i hoved- og underkategorier presentert i neste kapittel.

4.0 Resultater

4.1 Faren for reinnleggelse

I analysearbeidet kom vi frem til at fire av fem artikler viser til for dårlig sekundær risikofaktor kontroll. Dette har ført til for store antall reinnleggelser (Elbrønd et al., 2020; Jortveit et al., 2019; Snaterse et al., 2019; Sulo et al., 2020).

4.1.1 Behov for oppfølging

Ifølge Jortveit et al. (2019) viser det seg at kun 1% av pasienter med hjerte- og karsykdom klarer å nå sykehusets mål for sekundærforebyggende tiltak. I denne artikkelen fant de ingen forskjeller på pasienters suksess ved å nå tiltaksmål innen ulike aldersgrupper. Artikkelen til Sulo et al. (2019) underbygger funnet som viser til for dårlig oppnåelse av sekundærforebyggende tiltak. Studien kom derimot frem til at menn og kvinner over 80 år har lavere sjans for å oppnå forebyggende mål satt av sykehuset, samt at sjansen for underliggende sykdom var forhøyet. Det viser seg også at eldre pasienter hadde større sannsynlighet for andre sykdommer som hypertensjon og diabetes, sammenlignet med pasienter uten hjerte- og karsykdommer. Derfor hadde disse pasientene også med større sannsynlighet sluttet å røyke (Jortveit et al., 2019, s. 4).

Jortveit et al. (2019) kommer frem til at det er omtrent dobbelt så stor sjans for gjentagelse av nytt hjerteinfarkt dersom pasienten hadde en hjerte- og karsykdom. *“In total, 2162 (30%) and 3118 (14,7%) patients with and without prior CAD [Coronary artery disease], experienced new MI [Myocardial infarction] and/or death (median follow-up time: 944 days)”* (Jortveit et al., 2019, s. 5). Studien viser også at dersom pasienten utfører sekundærforebyggende behandling var det assosiert med bedre resultat. *“High adherence to secondary preventive treatment was associated with improved outcome. If >3 secondary preventive treatment targets were attained, the risk of recurrent MI or death was significantly lower compared to patients with lower degrees of risk factor control”* (Jortveit et al., 2019, s. 5).

Studien til Sulo et al. (2019) kom frem til at sjansen for å overleve hjertesvikt ved førstegangsinnleggelse økte med 4,7% hvert år for menn og 3,6% for kvinner. Sjansen for å overleve reinnleggelse eller senere innleggelser relatert til hjerte- og karsykdommer økte også. Studien viser derimot til store antall reinnleggelser både etter 30 dager og 3 år etter utskrivelse. *“The observed proportion of HF [Heart failure] patients with a CVD-related*

readmission at 30 days was 11,7% in men and 10,2% in women. [...] The observed proportion of HF patients with a CVD-related readmission at 3 years was 55,6% in men and 49,7% in women.” (Sulo et al., 2019 s. 244).

Studien til Elbrønd et al. (2019) tyder på at pasienter ikke får en god nok forståelse for kostholdsendringer relatert til sin sykdom. Noen pasienter opplevde at det ikke ble gitt systematisk veiledning om hva man skulle spise etter hjerteoperasjon, slik at de kunne fremme helbredelse og bedring. Intervjuene belyste også at noen pasienter ikke var klar over viktigheten med å ha et kosthold rikt på proteiner og kalorier. Det tyder på at i tillegg til at det var usystematisk oppfølging, så var det også mangel på oppfølging og veiledning.

Pasientene i Elbrønd et al. (2019) opplevde ofte redusert matlyst etter operasjon grunnet kvalme. Dette problemet ble heller ikke møtt av helsepersonell. Pasientene uttrykte tydelig et behov for ernæringsrådgivning. *“but if it is necessary that we change dietary habits, then you will have to tell us”* (Elbrønd et al., 2019, s. 88). En annen pasient beskrev at han ble oppfordret av en distrikts sykepleier til å søke på internett etter relevant informasjon om kosthold, men det var ikke den informasjonen han ville ha (Elbrønd et al., 2019, s. 88). Studien viser til tydelig mangel på oppfølging og en misnøye med den oppfølgingen de fikk.

4.1.2 Utfordringer med risikofaktorer

I studien til Sulo et al. (2019) kommer det frem at forekomsten av risikofaktorer har økt over tid, under studiens periode på 14 år. *“In men, the prevalence of AF, DM, hypertension, and renal failure increased [...] over time.”* (Sulo et al., 2019, s. 242). Dette kan tyde på utfordringer i forhold til sykdomskontroll. Studien til Jortveit et al. (2019) underbygger resultatet ved at *“Only 43% of patients had satisfactory blood pressure control.”* (Jortveit et al., 2019, s. 4). Studien til Snaterse et al. (2019) viser at 22% røykte ved den innledende vurderingen. Det var derimot 19% som sluttet å røyke ved sykehusinnleggelse eller 6 måneder før.

Studien til Jortveit et al. (2019) viser til vanskeligheter med å nå forebyggende mål hos pasienter som har underliggende sykdom. *“In patients with recorded information, the percentage achieving treatment targets was 27% for BMI, 25% for LDL cholesterol, and 33% for HbA1c in patients with diabetes.”* (Jortveit et al., 2019, s. 4). Om man har underliggende sykdom eller ikke kan det se ut til at pasienter har problemer med å nå sekundærforebyggende mål. I studien til Snaterse et al. (2019) hadde 65% av pasientene ikke tidligere kjent hjerte- og

karsykdommer. Likevel var overvekt til stede hos 87%, og 63% oppfylte ikke målet for tilstrekkelig fysisk aktivitet, selv om 91% av pasientene fulgte et program for hjertetrening.

Det kan se ut til at enkelte pasienter ikke prioriterer livsstilsendring. Selv om pasientene var hjerteoperert og led av iskemisk hjertesykdom, var det pasienter som ikke følte på motivasjon for å endre kostholdsvanene sine. Å endre vaner ble ansett som upraktisk og tidkrevende, dermed ble forebygging av progredierende kroniske sykdommer ikke høyt prioritert (Elbrønd et al., 2019, s. 89). «*No, I did not want to change dietary habits, because daily, I am busy and sometimes I only have a bowl of oatmeal for lunch...*» (Elbrønd et al., 2019, s. 89).

4.2 Motivasjon gir viljestyrke

2 av 5 artikler som er brukt i oppgaven er kvalitative og presenterer dermed hvilke erfaringer pasientene hadde i studiene. Studiene presenterer hvordan sykepleiere kan bidra til en livsstilsendring i pasientenes liv. For at pasientene skulle klare en livsstilsendring, viste det seg at motivasjon var en viktig faktor for å få frem viljestyrken som måtte til for å gjøre en livsstilsendring (Brobeck et al., 2014; Elbrønd et al., 2020).

4.2.1 Å skape motivasjon hos pasienten

For å gjøre en så stor omveltning som å endre livsstilen sin, er det viktig at pasientene er motiverte slik at de har en drivkraft til å utføre endringene. Studien til Brobeck et al. (2014) viser et samarbeid mellom sykepleier og pasient som gjenspeiler tillitt for hverandre, som er et godt grunnlag for å skape motivasjon. Når sykepleier og pasient hadde en vellykket livsstils diskusjon skapte det en følelse av velvære hos pasienten. Pasientene følte støtte som igjen førte til en tilfredshet og motivasjon for å håndtere livsstilsendring. En følge av dette var økt selvbestemmelse til å gjøre endring hos pasientene.

I studien til Elbrønd et al. (2019) ble pasientene motivert til å gjøre endringer i kostholdet sitt etter intervjuene med sykepleier, ettersom de hadde en vilje til å overleve hjertesykdommen sin. Pasientene tok derimot ikke initiativ til å lære mer om sykdommen sin når de var innlagt. Det viste seg å være mangel på oppmerksomhet mellom mat og hjertesykdom, som resulterte med at pasientene ikke tok initiativ til å lære om sin egen sykdom (Elbrønd et al., 2019, s. 88).

4.2.2 Fokus på god rådgivning og oppfølging

Pasientene i studien til Brobeck et al. (2014) mente at sykepleier var nødt til å forstå pasientens tanker om livsstilsendring, samt hva som virket best for pasienten personlig for å skape et grunnlag til å gjøre endring. Slik kunne sykepleier erkjenne at ikke alle pasienter ønsker å gjøre en endring på samme måte. Sykepleierne ga støtte, tilfredshet og bekreftelse til

pasientene som ga dem en følelse av velvære. Denne følelsen var viktig for å kunne tilrettelegge en positiv livsstilsendring der pasientene ikke opplevde skyldfølelse når de diskuterte problemene sine med sykepleieren (Brobeck et al., 2014, s. 3-4).

I forhold til studien til Brobeck et al. (2014), så var det ikke alle pasientene i studien til Elbrønd et al. (2019) som fikk like god rådgivning og oppfølging. De av pasientene som fikk ernæringsrådgivning for å fremme helbredelse og bedring, beskrev at de følte seg godt ivaretatt av helsepersonellet. Pasientene beskrev at rådgivningen ga dem en følelse at de kunne klare å gjøre noe selv i sin egen helbredelse og bedring (Elbrønd et al., 2019, s. 88). Følelsen av å klare noe selv gjenspeiles i studien til Brobeck et al. (2014) da pasientene sa at de fikk muligheten til å ta initiativ til egne beslutninger når det kom til livsstils endringer. I diskusjonene følte ikke pasientene at ideene deres ble rettet opp i, eller at det ble lagt press på dem. En pasient sa: *“I was not being lectured like “Stop that”, “Do this or that”, but she listens more. I thought that it was very positive.”* (Brobeck et al., 2014, s. 5). Da sykepleierne hadde en lyttende holdning til pasientene sine skapte det en positiv effekt for pasientene. Sykepleierne tilstedeværelse viste seg å være sterk, ettersom en pasient sa: *“It felt like as though we did it together ... even though the nurse did not do it... and that felt amazingly good”* (Brobeck et al., 2014, s. 4).

4.2.3 Pasientens deltagelse i livsstilsendring

I studien til Brobeck et al. (2014) var motivasjon et kriterium for at pasientene skulle være med i studien. Studien viser til at pasientene var nødt til å gjennomføre livsstilsendringen selv for at det skulle lykkes. Hvis pasientene ikke hadde selvbestemmelse og vilje til å endre livsstilen sin, så var det ikke god forutsigbarhet for å gjøre endringene som trengtes.

Pasientene sa at de var klar over at de måtte gjøre jobben selv og ta ansvar. En pasient sa: *“I think you must come to an understanding about yourself decide for yourself and that getting help is another matter”* (Brobeck et al., 2014, s. 3).

I studien til Elbrønd et al. (2019) var det viktig med pårørendes deltagelse for pasientene. Studien viste til at det var typisk kvinnen i forholdet som er ansvarlig for matlaging og handling i hjemmet. Dermed har de en stor innflytelse på kostholdsvanene til husholdningen. De mannlige pasientene opplevde at initiativet til kostholdsendringene deres ble gjort av sin ektefelle. Ansvaret ble dermed lagt over til ektefellen som var ansvarlig for matlagingen i hjemmet (Elbrønd et al., 2019, s. 90).

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet kommer vi med kildekritikk og diskuterer artiklernes relevans opp mot problemstillingen. Vi skal også diskutere den integrative litteraturoversikten som metode for å belyse vår hensikt med oppgaven. I den andre delen av dette kapitlet kommer resultatdiskusjon. Her knytter vi relevant teori til resultatene og knytter dem opp imot vår problemstilling.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena for studiene

De utvalgte artiklene er gjennomført i Norge, Sverige, Danmark og Nederland. I utgangspunktet ønsket vi studier fra Skandinavia for å belyse problemet i et land som er tilnærmet likt Norge. Landene de utvalgte studiene er fra har en sammenlignbar kulturell likhet, økonomi, levestandard og etisk forståelse som Norge. Helsevesenet deres er også sammenlignbart med Norge, ettersom de har et vel etablert helsevesen, god medisinsk behandling og høyt utdannet helsepersonell. Når vi ser på bakgrunnen for valg av artikler relatert til geografi, vil ikke Nederland avvike fra dette, ettersom det overnevnte er relevant i Nederland også.

Vi ønsket at studiens arena skulle være et sted hvor sykepleier møter pasienten som har underliggende risikofaktorer relatert til hjerte- og karsykdom. Forskningens arena falt da på sykehus, ettersom dette mest sannsynlig er det første stedet sykepleier møter pasienten på. Her kan sykepleier identifisere relevante risikofaktorer og iverksette sekundærforebyggende tiltak. På bakgrunn av oppfølgingstiltak har vi også valgt studier som tar for seg tiden etter utskrivelse. På denne måten får vi med tiltakenes effekt på livsstilsendring og faren for reinnleggelse. Vi mener de utvalgte artiklene har relevans for vår oppgave.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å sjekke artiklernes gyldighet undersøkte vi forskernes faglige bakgrunn og kompetanse. Samtlige forskere hadde helserelatert bakgrunn. Forfatterne bestod av sykepleiere, leger, overleger, seksjonsoverlege eller psykolog. Flere hadde videreutdanning og andre var også ledere. I tillegg hadde flere forskningskompetanse som master og doktorgrad.

5.1.3 Studienes deltakere

Studiene til Brobeck et al. (2014) og Snaterse et al. (2019) inkluderte sykepleiere.

Sykepleierne som deltok i Brobeck et al. (2014) sin studie hadde 12-40 års profesjonell

erfaring og hadde øvd på motivasjonsintervju i tre til ti år. Sykepleierne i Snaterse et al. (2019) var trente i systematisk tilnærming og vurdering av risikofaktor status. De diskuterte nåværende risikostatus med pasientene og kartla motivasjon for å endre eller vedlikeholde nåværende risikostatus. På bakgrunn av sykepleiernes erfaringer styrket dette forskningens troverdighet.

Antall pasienter som deltok i de kvalitative studiene var 15 og 16 pasienter. Vi mener at antallet pasienter resulterte i god oppfølging og synliggjorde pasientenes erfaringer basert på motivasjonsintervju, samt hvordan pasientene erfarte ernæringsrådgivning etter en bypassoperasjon. I de kvantitative artiklene varierte antall pasienter fra 824 til 142 109 pasienter. Deltagende pasienter i studien til Snaterse et al. (2019) ble hentet fra 15 sykehus. I studien til Jortveit et al. (2019) og Sulo et al. (2020) ble alle pasienter med myokard infarkt og hjertesvikt innlagt på norske sykehus i løpet av studienes periode inkludert. Når studiene inneholder et stort antall pasienter gjør det resultatene mer pålitelige.

Inklusjonskriteriet for deltakelse i studiene omhandlet pasienter som hadde hjerte- og karsykdommer og/eller risikofaktorer basert på deres livsstil relatert til diagnosen. Artiklene omhandlet pasienter med spesifikke hoveddiagnoser, som gikk under kategorien hjerte- og karsykdommer. Artikkelen til Snaterse et al. (2019) og Jortveit et al. (2019) hadde 35% og 74,8% av pasientene hjerte- og karsykdommer før den første innleggelsen. Studien til Elbrønd et al. (2014) tok for seg pasienter som nylig var bypass operert. Studien til Brobeck et al. (2014) tok for seg pasienter i primærhelsetjenesten som hadde ulike problemstillinger med risikofaktorer relatert til hjerte- og karsykdommer. Til slutt ser vi også at pasientene i studien til Sulo et al. (2020) hadde hjertesvikt. Med dette viser vi til at alle pasientene i de valgte studiene hadde behov for sekundærforebyggende tiltak for risikofaktorer som er relatert til hjerte- og karsykdommer.

I studien til Sulo et al. (2019) og Jortveit et al. (2019) presenterer vi statistikk om risikofaktorer relatert til hjerte- og karsykdommer for eldre menn og kvinner, på tross av at vi har ekskludert kjønn og alder som risikofaktorer. Vi velger derimot å nevne det i en kontekst som får frem statistikk og funn som styrker hensikten med oppgaven. Studien til Sulo et al. (2019) viser til funn relatert til forhøyet sjanse for underliggende sykdommer hos menn og kvinner over 80 år, samt lavere sjanse for å oppnå forebyggende mål satt av sykehuset. I studien til Jortveit et al. (2019) viste det seg at eldre pasientene med hjerte- og karsykdom hadde større sannsynlighet for å få andre sykdommer enn de pasientene som ikke har hjerte-

og karsykdom. Eldre pasienter med hjerte- og karsykdommer hadde derfor større grunn til å slutte å røyke. I studien til Sulo et al. (2019) presenteres den økte sjansen for overlevelse av hjertesvikt for hvert år blant menn og kvinner med 4,7% og 3,4%, samt et høyere antall reinnleggelser blant menn og kvinner med 11,75% (30 dager) og 10,2% (30 dager) og 55,6% (3år) og 49,7% (3år). Her ser vi at studiene kommer frem til at alder og kjønn har en betydning i resultatene sine, men vi presenterer dem i en sammenheng som får frem poenget med for dårlig sekundærforebyggende risiko faktor kontroll hos pasienter.

5.1.4 Valg av databaser

5 av 5 artikler brukt i denne oppgaven er funnet i Cinahl. Vi brukte Cinahl som database ettersom vi fant gode relevante artikler der. 4 av artiklene våre er fra Skandinavia og 1 er fra Nederland. Artikkelen fra Nederland var som sagt et unntak fra våre inklusjonskriterier (se avgrensninger 3.3.4). Da vi ikke fant relevante artikler angående røykeslutt i andre databaser brukt under søkeprosessen endte det med artikkelen fra Nederland. I etterkant av søkeprosessen ser vi at vi med fordel kunne brukt lenger tid på å søke etter en artikkel om røykeslutt fra Skandinavia. Slik kunne vi med stor sannsynlighet holdt oss innenfor inklusjonskriteriene våre. Samtidig har Nederland et tilsvarende likt helsevesen som Skandinavia (beskrevet i punkt 5.1.1). Vi kan dermed spørre oss selv om vi fra starten av kunne begrenset inklusjonskriteriet vårt til kun studier innenfor Europa.

5.1.5 Kvantitativ & kvalitativ tilnærming som metode

Vi har valgt å bruke studier som enten tar for seg kvantitativ eller kvalitativ tilnærming som metode for å besvare problemstillingen vår. Vår problemstilling var å belyse hvilke oppfølgingsbehov pasienter har under sekundærforebygging mot hjerte- og karsykdommer, samt hvordan sykepleier kan bidra til livsstilsendring. De kvalitative artiklene ble brukt for å undersøke pasienters erfaringer og opplevelser rundt sekundærforebygging. De kvantitative artiklene ble brukt for å belyse behovet for oppfølging og vise til store antall reinnleggelser blant pasienter med hjerte- og karsykdommer. Vi mener at de utvalgte artiklene gir et bredt innblikk i pasienters behov for oppfølging, samt i tillegg data på hva som har fungert tidligere og risikoen for tilbakefall.

De kvalitative forskningsartiklene vi tok for oss undersøkte pasienters opplevelse av livsstils diskusjon basert på motivasjonsintervju, samt pasienters erfaringer av matvaner og ernæringsrådgivning. Da studiene undersøkte pasientenes opplevelser og erfaringer mener vi kvalitativ metode var hensiktsmessig for studienes formål. Gjennomførselen av studiene ser ut til å være av etisk standard da begge pasientgruppene fikk informasjon om studiene på

forhånd, samt at det var fokus på trygghet under intervjuene og tilbud om å trekke seg underveis dersom ønskelig. Studiene ble også gjennomgått av etisk forskningskomite og godkjent etter lov fra landene. Vi anser derfor artiklene som er brukt i denne oppgaven troverdige og av høy kvalitet.

De kvantitative forskningsartiklene vi tok for oss undersøkte pasienters utbytte av livsstilsprogram, forekomsten av nye innleggelser med hjerte- og karsykdommer og antall reinnleggelser grunnet livsstilsfaktorer relatert til hjerte- og karsykdommer. Ved å ha et stort antall pasienter med i studiene for å undersøke forekomst er kvantitativ metode velegnet for å poengtere statistikk innenfor gitt forskning. I tillegg til artikkelen til Snaterse et al. (2019), som er en kvantitativ studie, kunne vi med fordel tatt med en kvalitativ studie om pasienter med hjerte- og karsykdom og deres erfaring relatert til røykeslutt. Artikkelen til Snaterse et al. (2019) løfter frem årsaken til at pasienter med hjerte- og karsykdom sluttet å røyke etter sykehusinnleggelse, som også svarer godt på vår problemstilling.

Når vi skulle se på studienes gjennomførelse sjekket vi først at det var kvalitet på brukt data. To av artiklene hentet data fra sykehusenes egne helseregistre og studien til Snaterse et al. (2019), hadde laget en egen studie kalt RESPONSE 2-TRIAL hentet fra 15 ulike sykehus. Denne ble godkjent av de representative sykehusene. Det ble tatt i bruk ulike inklusjonskriterier for pasientenes deltagelse. Fellesnevneren var at pasientene måtte være innlagt med hjerte- karsykdom og ha risikofaktorer relatert til sin sykdom. Eksempelvis måtte pasientene i studien til Snaterse et al. (2019) ha minst 1 av 3 risikofaktorer og være motiverte for deltagelse i et livsstilsprogram. Det ble utført tester før og etter undersøkelsen for å se på utviklingen. Det ble for eksempel tatt urintester fremfor å stille åpne spørsmål relatert til røykeslutt. Disse inklusjonskriteriene av pasienter gjorde at studiene var til å stole på. Vi sjekket om etiske forhold var ivaretatt og fant ut at to av tre artikler var godkjent av etisk komite. Vi antar at pasientene i studien til Sulo et al. (2020) fikk normal behandling, ettersom studien kun hentet data fra obligatorisk helseregister angående innlagte pasienter.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Faren for reinnleggelse

Dersom en pasient får for lite undervisning og veiledning kan det ende med reinnleggelse eller i verste fall død. Artikkelen til Jortveit et al (2019) viser til at totalt 30% og 14,7% av pasienter med og uten tidligere hjerte- og karsykdom opplevde et nytt hjerteinfarkt og eller død. Dette tyder på at det er en høy sjanse for tilbakefall grunnet hjerte- og karsykdom. For å

redusere statistikken vil det være avgjørende at pasienten får god undervisning og veiledning om sin sykdom, samt starte tidlig med sekundærforebyggende tiltak.

Studien til Jortveit et al. (2019) viser videre til at dersom pasienten følger sekundærforebyggende behandling er det assosiert med forbedret utfall. Dersom mer enn 3 tiltak ble oppnådd ville risikoen for nytt hjerteinfarkt eller død gå betraktelig ned, sammenlignet med pasienter som hadde lavere oppnåelse av risikofaktor kontroll. I studien til Elbrønd et al. (2019) ser vi at enkelte pasienter ikke fikk tilstrekkelig informasjon angående ernæring. En pasient uttalte at dersom det er nødvendig å endre spisevaner må sykepleier fortelle det til pasienten. Som nevnt i teorikapitlet skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023, §3-2). Dersom pasienten ikke får tilstrekkelig veiledning er det et avvik fra sykepleiers side og det kan ikke forventes bedret helsetilstand. En annen pasient fortalte at sykepleier veiledet pasienten til en nettside, men at det ikke var denne formen for veiledning pasienten spurte etter. Pasientens bruk av informasjon og veiledning avhenger av pasientens forståelse av helseinformasjon. Denne bygger på ulike forutsetninger hos pasienten. *«Sykepleiers tilpasning av og bevisstheten med hensyn til sin egen kommunikasjon i konkrete situasjoner er derfor svært viktig for pasienters utbytte av veiledning og undervisning.»* (Kristoffersen et al., 2016, s. 313). Det tyder på at sykepleier burde tilpasse oppfølging og veiledning til den enkelte pasient. Tilpasning kan utøves ved bruk av modell for pasientsentrert pedagogisk praksis (Brataas, 2011, s. 88). Denne modellen tar utgangspunkt i den enkeltes grunnlag og forutsetninger for undervisning. På denne måten legger man til rette for personlig tilpasset undervisning. Forståelsen av undervisningen vil igjen legge grunnlaget for om pasienten gjennomfører sekundærforebyggende tiltak og endrer sin livsstil.

5.2.2 Motivasjon gir viljestyrke

Studien til Brobeck et al. (2014) viser at sykepleier ga støtte, tilfredshet og bekreftelse til pasientene som ga dem en følelse av velvære. Følelsen av velvære gjorde at pasientene fikk en følelse om at de kunne klare å håndtere livsstilsendringer. Dette forebygget også sjelelig og åndelig lidelse ved å fjerne opplevelsen av skyldfølelse. Sykepleierne i denne studien tok i bruk begrepet «mestringsendring». Mestringsendring tilknyttet god helse som skal ytes av helsepersonell til pasienter som sliter med faktorer som truer dem i vanskelige situasjoner. To faktorer som «mestringsforventning» og «opplevelse av sammenheng» spiller inn i dette begrepet. For å gi pasienter mestringsstro og tillit til seg selv må pasienten ha motivasjon og tro på at arbeidet de legger ned gir resultater. For at pasienter skal lykkes med å gjennomføre

livsstilsendringer er det avgjørende at pasienten må utvikle sin handlingskompetanse og sine konkrete ferdigheter (Kristoffersen et al. 2016., s. 302).

I motsetning til studien til Brobeck et al. (2014) opplevde noen av pasientene i studien til Elbrønd et al. (2019) en form for pleielidelse. Det ble oppdaget en usystematisk oppfølging da noen pasienter hørte at helsepersonell ga andre pasienter ernæringsrådgivning relatert til sykdommen deres, men fikk ikke oppfølging selv. Pasientene uttrykte også mangel på oppmerksomhet mellom kosthold og hjertesykdom. Dette kan være grunnen til at pasientene ikke tok initiativ til å lære mer om sykdommen sin mens de var innlagt. Noen av pasientene fikk aldri motivasjon til å endre kostholdet sitt. Dette kan være en følge av pasientenes manglende sykdomsforståelse og tyder på for dårlig undervisning fra helsepersonellet.

Om pasienter får en følelse av velvære, kan det føre til motivasjon. Motivasjon kan brukes som viljestyrke i en livsstilsendring. Psykologen Albert Bandura har utviklet begrepet «self-efficacy» som på norsk kan oversettes til mestringsforventning eller mestringstro (Kristoffersen et al., 2016, s. 314). Begrepet går ut på å sette konkrete handlingsmål og ha en klar forventning om å gjennomføre målene. Det kan se ut til at sykepleierne i Brobeck et al. (2014) har oppnådd nettopp dette. En pasient i denne studien uttalte *“When I got back home, I went through everything we had talked about, and it felt really good. I was really happy... the nurse radiates real positivity and made me feel that I could fix this”* (Brobeck et al., 2014, s. 4).

Mæland (2021) påpeker at folk er forskjellige og det oppstår derfor en usikkerhet relatert til et individuelt forebyggende helsearbeid. Det er derfor viktig å være påpasselig når man utøver dette. Ved bra utøvelse viser det at et *«Individuelt forebyggende arbeid kan medvirke til at personen får større innsikt og tar mer bevisste valg, noe som styrker opplevelse av kontroll og mestring.»* (Mæland, 2021, s. 64). Studien til Brobeck et al. (2014) viser et godt eksempel på det overnevnte og på hvordan sykepleier kan anvende en undervisende rolle i praksis. Sykepleierne følger opp pasientene på en fullstendig måte med fokus på deres iboende verdighet. Slik kan sykepleier også forebygge pasientenes utsatthet for lidelse, spesielt sykdomslidelse og pleielidelse. Den ene pasienten påpeker viktigheten med sykepleierens tilstedeværelse i prosessen. *“It absolutely felt as if I could not deal with this by myself. I must have someone to support me.”* (Brobeck et al. 2014, s. 4).

Pasienten får *«en tro på at en selv er i stand til å utføre handlinger som er nødvendige for å mestre situasjoner i fremtiden»* (Kristoffersen et al., 2016, s. 314). Forskningen til Bandura

(1997) viser at forventningene pasientene har er avgjørende for hvordan man tenker, opplever og handler i konkrete situasjoner (Kristoffersen et al., 2016, s. 314). Hvis pasienten mangler tro på gjennomførelsen av livstilsendringer, risikerer man at pasienten ikke vil forsøke engang.

6.0 Anvendelse av resultat i praksis

Funnene fra denne oppgaven belyser at veiledning og oppfølging hos pasienter etter førstegangsinleggelse grunnet hjerte- og karsykdom kan forbedres. Som vi har sett i denne oppgaven kan det se ut til at et stort antall pasienter har problemer med å nå forebyggende mål satt av sykehuset. Sistnevnte er en viktig faktor for et stort antall reinnleggelser. Her vil sykepleier ha en viktig funksjon innen identifisering og oppfølging av risikofaktorer hos pasientene. Hjerte- og karsykdommer er som nevnt den nest største dødsårsaken i Norge og er dermed også et stort samfunnsproblem med store sosioøkonomiske ulemper. Vi kommer med konkrete forslag til hvilke tiltak som kan iverksettes for å møte pasientens oppfølgingsbehov i den sekundærforebyggende fasen:

- Vi foreslår at det holdes kurs i motivasjonsintervju på avdelinger for sykepleiere. Motivasjonsintervju viser seg å være en drivende faktor for å skape en følelse av velvære hos pasienten, som igjen gir motivasjon og viljestyrke til å gjennomføre livsstilsendringer. Vi har sett at å skape en tro på gjennomførelsen av livsstilsendring er assosiert med forhøyet sjanse for gjennomførelse.
- Vi foreslår å utarbeide en undervisningsmodul til undervisning av pasienter. Det viste seg at flere pasienter ikke var klar over alvorlighetsgraden til sykdommen sin, som trolig var grunnen til at noen pasienter ikke var interessert i å endre på blant annet kostholdet sitt. Undervisningsmodulen bør inneholde alvorlighetsgraden av hjerte- og karsykdom, samt viktigheten med å endre livsstil relatert til risikofaktorer og hvordan pasienten kan gjennomføre det.
- Vi foreslår å utarbeide et kartleggingsverktøy for pasienter før utskrivelse fra sykehuset. Denne bør inneholde følgende:
 - Identifisere pasienters livsstilsfaktorer relatert til hjerte- og karsykdom og forutsetninger for gjennomførelse. Eksempelvis fysisk aktivitet og sunt kosthold. Sykepleier kan også inkludere pårørende som støttespiller ved behov.
 - Kartlegge pasientens psykososiale behov. Dette for at sykepleier kan ta hensyn til pasientens ressurser og behov i utarbeidelse av behandlingsplan.

Slik kan sykepleier identifisere pasientens ressurser og hva som kan iverksettes av tiltak for å forbedre oppfølgingen etter utskrivelse. Når sykepleier tilegner seg denne kunnskapen, skaper det et godt utgangspunkt for å utarbeide en individuell behandlingsplan. Med behandlingsplan som grunnlag kan sykepleier henvise pasienter

videre til for eksempel hjerteskoole, fysiolog, ernæringsfysiolog eller andre behandlere. Sykepleier kan også få et bedre innblikk i om pasienten har behov for fysiske eller digitale oppfølgingsamtaler med sykepleier i ettertid.

Referanser/litteraturliste

- Brataas, H. (Red). (2011). Sykepleie-pedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer (utg. 1). Gyldendal.
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: A qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving (7. utg.). Gyldendal.
- Elbrønd, P., Højskov, I. E., Missel, M. & Borregaard, B. (2020). Food and heart—the nutritional jungle: Patients' experiences of dietary habits and nutritional counseling after coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 85-93. <https://doi.org/10.1111/jocn.15061>
- Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske*. (2. utg.). Munksgaard.dk.
- Friberg, F. (Red). (2017). *Dags for oppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 3). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (Red). (2022). *Dags for oppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 4). Studentlitteratur.
- Jortveit, J., Halvorsen, S., Kaldal, A. H., Govatsmark, R. E. S. & Langørgen, J. (2019). Unsatisfactory risk factor control and high rate of new cardiovascular events in patients with myocardial infarction and prior coronary artery disease. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1062-y>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. (2016). Livsstil og endring av livsstil. | G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal.
- Landsforening for hjerte- og lungesyke. (u.å). *Uttalelse om hjerte- og karsykdommer*. Lhl.no. Hentet 14.11.2023 fra <https://www.lhl.no/om-lhl/aktuelt/uttalelser-pa-de-enkelte-diagnoseomrader/#hjerte>
- Mæland, J. G. (2021). Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2011). Pasient og brukers rett til informasjon. (LOV-1999-07-03-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63/%C2%A73-2>
- Snaterse, M., Jorstad, H. T., Minneboo, M., Lachman, S., Boekholdt, S. M., Ter Riet, G., Scholte Op Reimer, W. J. & Peters, R. J. (2019). Smoking cessation after nurse-

- coordinated referral to a comprehensive lifestyle programme in patients with coronary artery disease: A substudy of the RESPONSE-2 trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(2), 113–121. <https://doi.org/10.1177/1474515118795722>
- Sulo, G., Igland, J., Øverland, S., Egeland, H. M., Roth, G. A, Vollset, S. E., & Tell, G. S. (2020). Heart failure in Norway, 2000-2014: Analysing incident, total and readmission rates using data from the Cardiovascular Disease in Norway (CVDNOR) Project. *European Journal of Heart Failure*, 22(2), 241-248. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1609>
 - Thelle, D.S. (2023, 07.mars). Hjerte- og karsykdommer. Store Norske Leksikon. https://sml.snl.no/hjerte-_og_karsykdommer
 - World Health Organization. (u.å). *Cardiovascular Diseases*. Who.int. Hentet 15.11.2023 https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

Vedlegg 2: Søkelogg

Artikkel Søkedato	Data-base	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
Artikkel 1: Unsatisfactory risk factor control and high rate of new cardiovascular events in patients with myocardial infarction and prior coronary artery disease. 17.11	Cinahl	Recurrence prevention Coronary arteriosclerosis Myocardial infarction "Recurrence prevention AND Coronary arteriosclerosis AND Myocardial infarction"	Peer reviewed Publisert etter 2013 Europe	11	1	1	1

<p>Artikkel 2:</p> <p>Heart failure in Norway, 2000-2014: analysing incident, total and readmission rates using data from the Cardiovascular Disease in Norway (CVDNOR) Project</p> <p>23.10</p>	Cinahl	<p>Cardiovascular disease</p> <p>Readmission</p> <p>“Cardiovascular disease + readmission”</p>	<p>Peer reviewed</p> <p>Publisert etter 2013</p> <p>Continental Europe</p>	49	6	1	1
<p>Artikkel 3:</p> <p>Patients` experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study</p> <p>2.11</p>	Cinahl	<p>Lifestyle discussion</p> <p>Motivational interviewing</p> <p>Nurse</p> <p>Patient experiences</p> <p>“Lifestyle discussion + Nurse + Motivational interviewing”</p>	<p>Peer reviewed</p> <p>Publisert etter 2013</p>	2	2	1	1

<p>Artikkel 4:</p> <p>Food and heart - the nutritional jungle: Patients` experiences of dietary habits and nutritional counselling after coronary artery bypass grafting</p> <p>24.10</p>	Cinahl	<p>Patients experience</p> <p>Heart surgery</p> <p>Food</p> <p>“Patients experience + heart surgery + food”</p>	<p>Peer Reviewed</p> <p>Publisert etter 2013</p>	1	1	1	1
<p>Artikkel 5:</p> <p>Smoking cessation after nurse – coordinated refferal to a comprehensive lifestyle programme in patients with coronary artery disease: a substudy of the RESPONSE-2 trial</p> <p>31.10</p>	Cinahl	<p>Smoking cessation</p> <p>Nurse</p> <p>Artery</p> <p>“Smoking cessation + nurse + artery”</p>	<p>Peer reviewed</p> <p>Publisert etter 2013</p>	2	2	1	1

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Artikkel 1	
Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land	J. Jortveit, S. Halvorsen, A. Kaldal, A. H. Pripp, R. E. S. Govatsmark & J. Langøren 2019 BMC Cardiovasc Disord Norge
Artikkeltittel	Unsatisfactory risk factor control and high rate of new cardiovascular events in patients with myocardial infarction and prior coronary artery disease.
Hensikt	Hensikten med denne kohortstudien var å vurdere risikofaktor kontroll og langsiktige resultater av forebyggende tiltak hos pasienter under 80 år som har både hatt og ikke hatt infarkt før.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvantitativ metode. Informasjon om pasienter som ble innlagt på sykehus med hjerteinfarkt i Norge fra 2013 til 2016 ble hentet fra Norwegian Myocardial Infarction Register (NORMI). Informasjon om langtidsdødelighet ble hentet fra Norwegian Cause of Death Registry.
Utvalg/populasjon	Pasienter som ble inkludert i denne studien var under 80 år. Pasientene skulle vær innlagt på sykehus med type 1 hjerteinfarkt fra 1.Januar 2013 til 31.Desember 2016. De skulle også være registrert i Norwegian Myocardial Infarction Register (NORMI).

	<p>Det var obligatorisk for pasientene om å være registrert i «the Norwegian Cardiovascular Disease Registry Regulation and the Norwegian Health Register Act» og samtykke trengtes ikke fra pasientene. Dette registeret inneholdt informasjon om alder, kjønn, tidligere sykdommer og medikamentbruk, kjente risikofaktorer, symptomer og kliniske funn ved innleggelse, behandling og komplikasjoner, vurdering under sykehusoppholdet, medikamenter forskrevet ved utskrivelse og tidspunkt for død.</p>
Hovedfunn/resultat	<p>Det ble totalt registrert 47204 pasienter i NORMI fra 2013 til 2016. 7219 av 28607 pasienter under 80 år med type 1 hjerteinfarkt ble registrert med tidligere koronar arteriesykdom (CAD). 3 av 6 behandlingsmål for sekundærforebygging ble oppnådd og kun 1% av pasientene oppnådde alle 6 behandlingsmål.</p> <p>Studien kom frem til at pasienter som har hatt koronar arteriesykdom og hjerteinfarkt har økt risiko for død eller nytt hjerteinfarkt. Pasienter uten tidligere koronar arteriesykdom og hjerteinfarkt har dermed ikke like stor risiko for død eller hjerteinfarkt.</p>

Artikkel 2	
Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land	<p>Sulo, G, Iglund, J, Øverland, S, Egeland, G.M, Roth, G.A, Vollset, S.E & Tell, G.S</p> <p>2019</p>

	Wiley Norge
Artikkeltittel	Heart failure in Norway, 2000-2014: analysing incident, total and readmission rates using data from the Cardiovascular Disease in Norway (CVDNOR) Project
Hensikt	Hensikten med studien er å utforske trender i forekomsten og det totale antallet av sykehusinnleggelser med hjertesvikt over en periode på 15 år i Norge. I tillegg skulle studien analysere en kortidsrisiko (30 dager) og en langtidsrisiko (3 år) for reinnleggelse med hjertesvikt og kardiovaskulære sykdommer.
Perspektiv (Sykepleier/pasient /pårørende)	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvantitativ metode. Mellom 2000-2014 var det 142109 sykehusinnleggelser med hjertesvikt som primær diagnose. Trender i sykehusinnleggelser med hjertesvikt ble analysert med en modell som baseres på negativ binomialregresjon. Endringene over tid i 30-dagers og 3-års risiko for reinnleggelse med hjerte- og karsykdommer ble analysert med Fine og Grey-modellen for konkurranseanalyse. Død ble målt som en konkurransehendelse.
Utvalg/populasjon	Pasienter over 15år innlagt med hjertesvikt som primær utskrivningsdiagnose.
Hovedfunn/resultat	I løpet av perioden 2000-2014 sank forekomsten av innledende sykehusinnleggelser med pasienter som fikk hjertesvikt for første gang. Det var derimot en økning av risiko for reinnleggelse med hjertesvikt som førte til at det totale antallet sykehusinnleggelser var omtrent den samme etter 15 år.

Artikkel 3	
Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land	Brobeck, E, Odencrants, S, Bergh, H. & Hildingh, C 2014 ProQuest Sverige
Artikkeltittel	Patients`experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study
Hensikt	Målet med studien var å beskrive hvordan pasienter på sykehus opplever diskusjon angående livsstils samtale basert på motivasjons intervju i forhold til livsstilsendring.
Perspektiv (Sykepleier/ pasient/ pårørende)	Pasient perspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode.
Utvalg/ populasjon	16 pasienter som hadde møtt en sykepleier for livsstils diskusjoner.
Hovedfunn/ resultat	Hovedfunnet var at en sykepleier styrt livsstils samtale basert på motivasjons-intervju kan påvirke pasientens selvdisiplin gjennom prosessen av livsstilsendring gjennom gjensidig påvirkning. Samtalen skapte en god selvfølelse og medvirket til endring. Studien viser at pasienter som er motiverte fra før til livsstilsendring og er selv bevisst på sin rolle i prosessen satte pris på denne type samtale.

Artikkel 4	
Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land	Elbrønd, P, Højskov, I.E, Missel, M & Borregaard, B 2019 Journal of Clinical Nursing Danmark
Artikkeltittel	Food and heart - the nutritional jungle: Patients` experiences of dietary habits and nutritional counselling after coronary artery bypass grafting
Hensikt	Studien ønsket å undersøke pasienters opplevelse av matvaner og ernæringsveiledning under sykehusoppholdet rett etter gjennomført bypass operasjon.
Perspektiv (Sykepleier/pasient /pårørende)	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode. Pasienter som gikk gjennom en bypassoperasjon ble intervjuet 4-5 dager etter operasjon på Odens universitetssykehus. Intervjuene ble utført og analysert i et fenomenologisk-hermeneutisk rammeverk som er inspirert av en fransk filosof ved navn Paul Ricoeur.
Utvalg/populasjon	15 pasienter med gjennomsnittsalder 65år, 87% var menn.
Hovedfunn/resultat	Pasientene hadde lite til ingen kunnskap om hvordan de skulle spise etter operasjonen. Pasientene opplevde mangel på oppmerksomhet relatert til ernæringsrådgivning fra sykepleier under innleggelsen. Ektefeller har stor innflytelse på spisevanene til pasienten, og bør derfor involveres i ernæringsrådgivning.

Artikkel 5	
Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land	Snaterse, M, Jorstad, H.T, Minneboo, M, Lachman, S, Boekholdt, S.M, Riet, G.T, Reimer, W.J.M.S.O & Peters, R.J.G 2019 European Journal of Cardiovascular Nursing Nederland
Artikkeltittel	Smoking cessation after nurse – coordinated refferal to a comprehensive lifestyle programme in patients with coronary artery disease: a substudy of the RESPONSE-2 trial
Hensikt	Hensikten med denne studien var å kartlegge pasienter som sluttet å røyke og deres metode for å slutte å røyke. Enten via et sykepleierkoordinert røykesluttprogram eller med hjelp av andre livsstilsintervensjoner.
Perspektiv (Sykepleier/pasient /pårørende)	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvantitativ studie. Dataen er fra “the multicentre randomised controlled RESPONSE-2 trial”. Denne studien vurderer effektiviteten av henvisninger fra sykepleier til intervensjonsgrupper med tre livsstilsprogram. Programmene var basert på røykeslutt, sunne matvalg og fysisk aktivitet.
Utvalg/populasjon	Hvis pasientene var over 18 år og var innlagt med akutt koronarsyndrom og/eller koronar revaskularisering var de kvalifisert. Pasientene måtte ikke være utskrevet for mer enn 8 uker etter operasjon. Pasientene måtte også utfylle kravet til minst en av tre risikofaktorer relatert til livsstil, samt være motivert selv til å delta på minst ett livsstilsprogram.

	<p>Eksklusjonskriterier til studien var: planlagt revaskulering etter utskrivelse, pasienter med mindre enn 2 års forventet levetid, hjertesvikt med overbelastning, ikke gjennomført poliklinisk og/eller livsstilsprogram, ikke internettilgang, pasienter med angst eller depressive symptomer.</p>
Hovedfunn/resultat	<p>Etter en 12 måneders kontroll viste det seg at det ikke var en merkbar forskjell i statistikken over pasienter som sluttet å røyke. Flertallet som sluttet å røyke, sluttet rett etter utskrivelse uten å delta i et røykesluttprogram.</p> <p>Pasientene som sluttet å røyke gjennom et livsstilsprogram var i tillegg motivert til å delta i andre livsstilsprogrammer som omhandlet sunt kosthold og fysisk aktivitet. Studien støtter opp en tilpasset, helhetlig tilnærming til livsstilsendringer for sekundærforebygging av koronararteriesykdom.</p>