



Motiverende samtale som metode for økt egenomsorg hos pasienter med kronisk hjertesvikt

"Hvilke mekanismer ved motiverende samtale kan bidra til at egenomsorgen kan økes hos pasienter med kronisk hjertesvikt?"

Kandidatnummer: 173
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8.991
Dato: 14.04.20

ABSTRAKT	Lovisenberg Diakonale Høgskole Dato: 14.04.20
Tittel Motiverende samtale som metode for økt egenomsorg hos pasienter med kronisk hjertesvikt	
<p><u>Problemstilling</u> "Hvilke mekanismer ved motiverende samtale kan bidra til at egenomsorgen kan økes hos pasienter med kronisk hjertesvikt?"</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det fremlegges teori om kronisk hjertesvikt, motiverende samtale, egenomsorg i lys av Dorothea Orems egenomsorgsteori, samt sykepleiers helsefremmende funksjon. Jus og etikk er styrende for sykepleien som utføres, og presenteres og anvendes gjennomgående i den teoretiske fremstillingen.</p> <p><u>Metode</u> Det er anvendt litterær oppgave som metode for oppgaven. Oppgavens kunnskapsgrunnlag er basert på forskningslitteratur, faglitteratur, samt egne erfaringer fra arbeid og praksis.</p> <p><u>Diskusjon</u> Diskusjonen tar utgangspunkt i hovedfunnene fra fem utvalgte forskningsartikler som belyser problemstillingen. Ulike mekanismer utgår fra forskningen, og belyses av teori og egne erfaringer og refleksjoner.</p> <p><u>Konklusjon</u> Ved bruk av motiverende samtale kan sykepleier fremkalle pasientens motivasjon for å utøve handlinger som øker egenomsorgen. Dette innebærer å hjelpe pasienten til å finne og utnytte ressursene hen har. Motiverende samtale har vist seg som en effektiv metode for å øke egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt. Forskning og teori har vist at individuell problemløsning, empati, aksept og fremkalling av endringsstrategier er sentrale mekanismer i pasientens endringsprosess, som kan bidra til å øke egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt. Disse mekanismene påvirkes av rammefaktorer som tid og kontekst, som sykepleier må forholde seg til.</p>	

(Totalt antall ord: 223)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	1
1.3	Presisering og avgrensning av problemstilling.....	2
1.4	Begrepsavklaring	3
2	Teori.....	4
2.1	Hjertesvikt	4
2.1.1	Etiologi, patogenese og symptomer	4
2.1.2	Diagnostikk, behandling og prognose	5
2.1.3	Psykososiale behov	6
2.2	Motiverende samtale (MI)	6
2.2.1	Hva er MI?.....	6
2.2.2	Holdninger og verdier	7
2.2.3	MI-metodens prosesser	7
2.3	Egenomsorg	9
2.3.1	Definisjon	9
2.3.2	Sykepleie og egenomsorg	9
2.3.3	Egenomsorg ved kronisk hjertesvikt	10
2.4	Sykepleiers helsefremmende funksjon.....	10
2.5	Faglig forsvarlighet	12
3	Metode	13
3.1	Strategi.....	13
3.2	Valg av forskningslitteratur	13
3.2.1	Tabell 1: Artikkelsøk	15
3.3	Valg av faglitteratur	16
3.4	Kildekritikk	17
3.5	Etiske vurderinger	18
4	Resultater	19
4.1	Artikkelmatrise	19
5	Diskusjon.....	23
5.1	Effekten av MI på egenomsorg	23
5.2	Individuell problemløsning.....	25
5.3	Aksept	26
5.4	Empati.....	28
5.5	Fremkaller endringsstrategier	30
6	Avslutning	32
	Referanseliste.....	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjertesvikt har en prevalens på 2-3 % av Norges befolkning (Ørn & Brundvand, 2016 og Norsk Legemiddelhåndbok, 2017). Dette utgjør ca. 100.000-160.000 nordmenn (Norsk Legemiddelhåndbok, 2017 og Statistisk Sentralbyrå, 2020). Tallet antas at vil stige, grunnet en økende aldrende befolkning. Eldre mennesker er den største pasientgruppen blant de med hjertesvikt (Kvåle, Nguyen & Slungård, 2019). Hjertesvikt er en av de vanligste årsakene til sykehusinnleggelse og poliklinisk konsultasjon (Kvåle et al., 2019). Behandling av hjertesvikt og hjertesviktrelaterte helseutfordringer er kostbart for samfunnet (Jiang et al., 2018).

Personer med hjertesvikt kan ha utfordringer med å ivareta egenomsorg, fordi pasienten lever i en situasjon som krever mye oppfølging og egeninnsats fra pasienten selv (Halse, 2013). Eksempelvis å ta medikamenter, ha et tilpasset kosthold, være i fysisk aktivitet og å møte opp til oppfølgingstimer i helsetjenesten. Helsepersonell spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienten med å ivareta helsen, men det er pasienten selv som må gjøre den største jobben (Halse, 2013).

Helsedirektoratet (2017a) anbefaler motiverende samtale ([MI], se punkt 1.4) som samtaleform for å motivere pasienter til atferdsendring. I bachelorstudiet har jeg hatt undervisning om MI, som først introduserte meg for temaet og skapte nysgjerrighet. I praksis og arbeid har jeg både observert og brukt metoden i møte med pasienter, for å motivere til endring av helserelatert atferd. Jeg har erfaringer med at MI er en aktuell metode i dagens helsevesen, og helsepersonell kurses i MI i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette styrket valget om å skrive bachelor om temaet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen er: "Hvilke mekanismer ved motiverende samtale kan bidra til at egenomsorgen kan økes hos pasienter med kronisk hjertesvikt?"

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Problemstillingen avgrenses til pasienter med kronisk hjertesvikt i NYHA-klasse II-IV (se punkt 2.1.2). Dette fordi majoriteten av forskningsartiklene som benyttes gjør denne avgrensningen.

Konteksten er poliklinisk oppfølging av pasienten. Konteksten i samtlige av forskningsartiklene er sammenliknbar med norske poliklinikker (se punkt 3.2). I tillegg kan poliklinisk oppfølging innebære samtale med sykepleier om sin hjertesvikt. Samtalene kan skje ved at begge er fysisk tilstede eller over telefon. Det varierer hvor hyppige samtalene er, alt etter som hva pasienten har behov for og hva som er prosedyre på poliklinikken. MI beskriver endring som en prosess over lengre tid med ulike stadier – det er ikke bare et enkelt vendepunkt (Miller & Rollnick, 2016). Etter egne erfaringer vil pasienten som kommer til poliklinikken sannsynligvis ha forventninger om at det skal snakkes om hjertesvikten, behandling, egenomsorg og generelt hvordan pasienten har det. Det er ofte én eller få faste sykepleiere med ansvar for oppfølgingen av den enkelte pasient. Problemstillingen forutsetter at sykepleier har kunnskap om MI som metode og kan bruke MI i samtale med pasienten.

Problemstillingen avgrenser ikke til en spesifikk alder, kun at pasienten er over 18 år. Dette fordi jeg ikke fant relevant forskning som gjorde noen aldersavgrensning; deltakerne var fra 18 år og oppover. Dog er eldre pasienter pasientgruppen med høyest forekomst av kronisk hjertesvikt, og alvorlighetsgraden øker med alderen (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2019). Eldre defineres som personer ≥ 65 år (World Health Organization [WHO], 2011). Eldre pasienter har flere diagnoser med sammensatte sykdomsbilder, med flere og atypiske symptomer på kronisk hjertesvikt (Ranhoff, 2014). Dette vil ikke tas stilling til i oppgaven, men nevnes fordi det er viktig at sykepleier har kunnskap om det.

Problemstillingen omfatter pasienter som er kognitivt friske. Dette fordi MI-intervensjonen krever at pasienten forstår informasjon, kan vurdere egen helsetilstand og følge utviklingsprosessen over lengre tid (Eide & Eide, 2017). Dette er også et inkluderingskriterium i samtlige forskningsartikler. Pårørende og deres rolle tas ikke med i oppgaven, grunnet oppgavens begrensede omfang. Sykepleier henvender seg direkte til pasienten. Problemstillingen begrenses ikke til et pasient- eller sykepleierperspektiv.

Problemstillingen omhandler altså kognitivt friske pasienter over 18 år, med kronisk hjertesvikt NYHA-klasse II-IV, som får MI-basert oppfølging av sykepleier poliklinisk.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepet "øke egenomsorgen" skal forstås som en individuell prosess fra pasient til pasient. Noen av forskningsartiklene benytter kartleggingsverktøy tilpasset å måle egenomsorg. Disse kartleggingsverktøyene er ikke sentrale i oppgaven, men vil bli tema for diskusjon. Det som legges til grunn i oppgaven er at egenomsorgen måles ut ifra pasienten og hens forutsetninger, hvor all endring er positiv, i tråd med verdigrunnlaget til MI (se teori punkt 2.2.1).

Begrepet "mekanismer" skal forstås som indre sammensetninger av elementer i MI som metode (Mekanisme, 2020). Disse elementene gjøres rede for i teorien. Begrepet er valgt fordi det går igjen i funnene i forskningsartiklene som anvendes i oppgaven.

I oppgaven vil sykepleier og pasient omtales med det kjønnsnøytrale pronomenet "hen". Motiverende samtale forkortes MI (fra "motivational interviewing").

2 Teori

I dette kapittelet fremlegges teori om kronisk hjertesvikt, MI, egenomsorg og sykepleiers helsefremmende funksjon. Jus og etikk er styrende for sykepleien som utføres, og vil presenteres og anvendes gjennomgående i dette kapittelet.

2.1 Hjertesvikt

Sykepleie som fag og profesjon stiller krav til et godt kunnskapsgrunnlag om patologi. Sykepleier på poliklinikk følger opp mange pasienter med ulike behov. Hen er avhengig av å kunne gjøre presise observasjoner og raske avgjørelser, for å ivareta pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2017b). Hjertesvikt krever tidlig iverksetting av tiltak, riktig medikamentell behandling, undervisning, veiledning og psykososial støtte, som krever et solid klinisk kunnskapsnivå hos sykepleiere (Fålund, Instenes & Norekvål, 2013).

2.1.1 Etiologi, patogenese og symptomer

Hjertesvikt er en tilstand der hjertets pumpefunksjon er svekket i forhold til normalt nivå (Norsk Helseinformatikk, 2018). To forhold forårsaker hjertesvikt: (1) Hjertemuskelen skades, eksempelvis ved et hjerteinfarkt, deretter (2) en gradvis degenerasjon av hjertefunksjonen, eksempelvis grunnet hypertensjon. Akutt hjertesvikt kan normaliseres hvis årsaken, eksempelvis myokarditt, behandles. Kronisk hjertesvikt er en ikke-reversibel og gradvis innsettende tilstand (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2019).

Venstre hjertehalvdel tar imot arterielt blod fra lungene og pumper det ut i kroppen. Ved venstresidig (arteriell) hjertesvikt klarer ikke hjertet å pumpe blodet ut i kroppen tilstrekkelig. Symptomer er nedsatt arbeidskapasitet, og pasienten merker kanskje at hen ikke klarer å gå i trapper som tidligere. Dyspné er også et symptom. Når hjertet ikke klarer å ta imot blod fra lungene, kan det medføre lungestuvning. Lungene blir stive og pasienten kan oppleve at hen ikke får pustet ordentlig ut og får tørrhoste. Dette forverres ofte i liggende stilling (ortopné), fordi blodtrykket i lungevenene øker når man ligger, kontra i sittende eller stående stilling (Ørn & Brundvand, 2016). Forverret lungestuvning kan medføre lungeødem, som kan være dødelig dersom tilstanden ikke raskt reverseres (Ørn & Brundvand, 2016).

Når kroppen registrerer redusert blodtilførsel, øker blodtrykket. Det er en kortsiktig løsning, som etter hvert medfører økt belastning på hjertet og forverrer hjertesvikten.

Blodtrykksreguleringsmekanismene medfører i tillegg renal væskeretensjon med væskeansamling i kroppen, som pasienten kan observere som ødemer, tørr hud og sår på underekstremitetene.

Høyre hjertehalvdel tar imot venøst blod fra kroppen og pumper blodet til lungene. Ved høyresidig (venøs) hjertesvikt klarer ikke hjertet å sende blod til lungene, og da heller ikke ta imot venøst blod fra kroppen. Væske samles i kroppen, og symptomer er ødemer, tørr hud og sår på underekstremitetene. Pasienten med kronisk hjertesvikt har som regel kombinert høyre- og venstresidig svikt, da den ene typen etter hvert medfører den andre (Ørn & Brundvand, 2016).

2.1.2 Diagnostikk, behandling og prognose

Kronisk hjertesvikt er en bred diagnose med mange ulike sykdomsspektre. Diagnosen stilles som hovedregel ut ifra symptomer, klinikk, blodprøver og EKG (Norsk Legemiddelhåndbok, 2017). Det er vanlig å gradere hjertesvikten etter pasientens funksjonsnivå, altså hvor mye aktivitet som skal til før pasienten opplever dyspné (Ørn & Brundvand, 2016). Graderingen har betydning for videre diagnostikk, prognose og behandling for pasienten. Det mest brukte klassifiseringssystemet er New York Heart Association, forkortet NYHA (Norsk Legemiddelhåndbok, 2017). Her følger en oversikt over de ulike NYHA-klassene (Ørn & Brundvand, 2016 og Norsk Legemiddelhåndbok, 2017):

I: Ingen kliniske symptomer.

II: Symptomer ved moderate fysiske anstrengelser, eksempelvis rask gange i oppoverbakke.

III: Symptomer ved lette fysiske anstrengelser og dagligdagse aktiviteter, eksempelvis påkledning.

IV: Symptomer i hvile eller ved minimale anstrengelser.

De ulike NYHA-klassene kan være et hjelpemiddel for å kartlegge pasientens utfordringer og behov, og dermed hva pasientens egenomsorg kan innebære.

Behandling av kronisk hjertesvikt innebærer hovedsakelig å redusere belastning på hjertet og lindre pasientens symptomer. Det er ofte en kombinasjon av livsstilsendringer og medikamenter. Livsstilsendringer kan være røykeslutt, saltreduksjon og fysisk aktivitet,

hyppige hvilepauser og væskerestriksjon (Norsk Legemiddelhåndbok, 2016). Medikamentell behandling spisses mot utløsende årsaker og symptomer. Diuretika, blodtrykkssenkende og betablokkere er en vanlig "hjertesvikt-pakke", tilpasset pasienten.

Pasienter med kronisk hjertesvikt har høy sykkelighet og dødelighet (Ørn & Brundvand, 2016). Egenomsorg med behandlingsetterlevelse reduserer symptomer, reinnleggelser og øker livskvaliteten (Opdahl, Sveinsdottir & Holm, 2015 og Riegel, Creber, Hill, Chittams & Hoke, 2016a). Pasienter med hjertesvikt møter man på de fleste nivåer i helsesektoren, og sykepleier spiller en sentral rolle i oppfølging, veiledning og behandling (Fållun et al., 2013).

2.1.3 Psykososiale behov

Sykdom kan innebære endring i helsetilstanden som oppleves utfordrende for pasienten og pårørende. Kronisk hjertesvikt innebærer ofte at pasienten må forholde seg til helsevesen og behandling resten av livet (Hestvold, 2018). Sykepleier på poliklinikk møter mange pasienter med kronisk hjertesvikt. Hen må sette seg inn i hvordan symptomene påvirker pasienten, både fysisk og psykososialt (Stubberud, 2013a). Psykososiale behov kan være motivasjon, trygghet når man lever med en diagnose med statistisk dårlig prognose, og sosial tilhørighet og gode relasjoner til andre når man kanskje ikke orker å dra så mye ut. Et annet psykososialt behov er å få medvirke i sykepleien pasienten mottar og føle kontroll over eget liv, selv når hen er avhengig av hjelp fra sykepleier i hverdagen (Stubberud, 2013b).

2.2 Motiverende samtale (MI)

MI ble først lansert i 1983 av professor William Miller, og deretter videreutviklet som metode med professor Stephen Rollnick (Miller & Rollnick, 2016). I denne oppgaven benyttes boka deres "Motiverende samtale – støtte til endring" (2016).

2.2.1 Hva er MI?

MI er en metode for samtale om endring. MI omhandler hvordan hjelperen (sykepleieren) utformer samtalen sammen med klienten (pasienten), med grunnlag i pasientens egne verdier og interesser. Sykepleieren skaper rom for at pasienten snakker seg inn i en ønsket endring (Miller & Rollnick, 2016). Det primære formålet med MI er å styrke personens motivasjon for endring. Selv om MI er en metode for samtale, må sykepleier alltid tilpasse kommunikasjonen til pasienten og hens forutsetninger (Miller & Rollnick, 2016).

I samtaler om helse og endring, blir det ofte til at sykepleieren kommer med råd om rett og galt til pasienten, og at dette kan være dysfunksjonelt. Dette kan beskrives med setningen "jeg vet hva du bør gjøre, og slik gjør du det" (Miller & Rollnick, 2016). Sykepleieren har fagkunnskap om hjertesvikt og hvilke endringer som bør gjøres for at pasienten skal ivareta helsen, og ønsker – med de beste intensjoner – at pasienten skal foreta endringen. Det ideelle er at pasienten er den som setter ord på hvorfor noe bør endres, fordi pasientens egen motivasjon er den beste drivkraften for endring (Miller & Rollnick, 2016). Mer konkret innebærer det at sykepleier former samtalen omkring pasientens egne utsagn som støtter endringen.

2.2.2 Holdninger og verdier

Fire elementer ligger til grunn for MI: (1) Partnerskap. MI er et aktivt samarbeid mellom to likeverdige parter. (2) Aksept; sykepleieren aksepterer det pasienten frembyr med anerkjennelse, bekreftelse og respekt for pasientens autonomi. (3) Empati. Velgjørenhet og prioritering av pasientens behov. (4) Fremkalling. Pasienten har selv det som trengs for endring, sykepleieren skal bare "trekke det ut". Sentralt er holdningen om at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å eie sine egne problemer og løsninger. Holdningssettet til MI kan anses å være i tråd med personsentrert sykepleie (Miller & Rollnick, 2016). Kjernen i personsentrert sykepleie er at pasientens perspektiv, verdier, ønsker og behov er avgjørende for sykepleien som utøves (Kirkevold, 2014a).

2.2.3 MI-metodens prosesser

MI innehar fire delprosesser, som overlapper og flyter inn i hverandre:

(1) Engasjere. Partene engasjerer hverandre og etablerer en gjensidig relasjon. Her er sentrale elementer empati, kroppsspråk og refleksjon. Empati kan uttrykkes gjennom et avslappet og innbydende kroppsspråk og stille åpne spørsmål, som gir pasienten rom til å utforske temaet. Refleksjon innebærer at sykepleier lytter til pasienten og forsøker å reflektere pasientens tanker. Sykepleier samler trådene og lager en overordnet oppsummering av det som er sagt, som kobles med resten av samtalen. Det kan gjøre at pasienten føler seg forstått og får oversikt over egne tanker, og kan skape tydelig progresjon for samtalen. Sykepleier møter pasienten med bekreftelse, oppmuntring og åpenhet, i stedet for kritikk, korrigerende og belærende råd. Partene finner frem til pasientens kjerneverdier og integritet i situasjonen.

(Miller & Rollnick, 2016). Eksempelvis at pasienten ønsker å dra og se på barnebarnets fotballkamper, fordi det er viktig for hen å være en del av barnebarnas liv.

(2) Fokusere. Partene setter søkelyset mot en bestemt agenda og etablerer en konkret retning for endringssamtalen. Dette er en kontinuerlig prosess og det kan være mange ulike elementer i én og samme samtale. Det er sykepleier som er navigatøren og holder kursen. (Miller & Rollnick, 2016). I eksempelet over kan én retning være å utforske temaet ensomhet og sosial tilknytning, og en annen retning kan være fysisk aktivitet og funksjon. I eksempelet legger vi til grunn at sykepleier i første omgang retter søkelyset mot pasientens fysiske aktivitet og funksjon.

(3) Fremkalle. Partene vekker pasientens håp og motivasjon for endring. Sykepleier leder samtalen mot pasientens egne tanker og følelser tilknyttet hvorfor og hvordan endringen kan gjennomføres. Pasientens utsagn kan være både positive og negative til endringen – en persons tanker omkring endring er ofte preget av ambivalens. På den ene siden er pasientens utsagn som støtter endring – endringssnakk. Eksempelvis "det er viktig for meg å være en del av barnebarnas liv". På den andre siden er personens argumenter imot endring. Eksempelvis "men jeg klarer ikke å være med fordi jeg blir så sliten". Her inneholder ambivalensen to retninger – å dra på kamp og ikke dra. Et vanlig mønster er å først tenke på en begrunnelse for endring, deretter en begrunnelse mot endring, og så tenker man ikke mer på det. Ved MI skal sykepleieren hjelpe pasienten med å velge retning. Det gjøres ved å veilede personen til å sette søkelys på endringssnakk og skape en indre drivkraft, eksempelvis til å kunne dra ut på den kampen. Sykepleier kan, i eksempelet over, bekrefte pasientens utfordring, for deretter å lede samtalen mot hva som skal til for at pasienten kan klare å gå ut – hvordan øke pasientens fysiske funksjon. (Miller & Rollnick, 2016).

(4) Planlegge. Når motivasjonen er sterk nok til at pasienten begynner å snakke om hvordan endringen kan skje, kan sykepleier forme samtalen omkring en endringsplan. Kanskje vil pasienten begynne å trene. Eller kanskje hen uttrykker motvilje mot å gjennomføre endringen, og partene går inn i en ny prosess. MI-prosessen er dynamisk og fleksibel, og tar utgangspunkt i hva partene finner ut om pasienten underveis i samtalen. (Miller og Rollnick, 2016).

2.3 Egenomsorg

I oppgaven brukes sykepleieteoretikeren Dorothea Orem for å definere egenomsorg. Dette fordi hun plasserer egenomsorgsbegrepet i sammenheng med blant annet sykepleiers helsefremmende funksjon og motivasjon til endring – kjerneelementer i oppgavens problemstilling.

2.3.1 Definisjon

Orems definisjon av egenomsorg er handlinger som en person initierer og styrer selv, for å møte sine nåværende og fremtidige behov for å ivareta liv, helse og velvære (Orem i Renpenning & Taylor, 2003). Helse innebærer å ha en tilstand av helhet, sunnhet og velbefinnende, men ikke nødvendigvis fravær av sykdom (Orem i Biermann, 1996). *Velvære* er en persons selvoppfatning av egen livssituasjon, og har sammenheng med helse, mestring og tilstrekkelighet i ressurser. Opplevelsen av velvære er subjektiv (Orem i Biermann, 1996).

Egenomsorgsbehov er mål eller resultater som ønskes oppnådd gjennom egenomsorgshandlinger. Det er pasientens syn på egen tilstand som er utgangspunkt for handlingene (Orem i Biermann, 1996). Egenomsorg er ikke utførelsen av én bestemt handling – det handler om evnen til å se sammenhenger mellom faktorer (Orem i Renpenning & Taylor, 2003). Eksempelvis: En person som ikke liker salt mat, vil sannsynligvis ikke spise salami på brødskeen til frokosten hver morgen. Det er positivt med et lavt saltinntak i kostholdet når man har hjertesvikt (Helsebiblioteket, 2019), men denne handlingen kan ikke sies å springe ut fra egenomsorg i henhold til Orems definisjon. En annen person som er glad i salt mat og gjerne kunne tenke seg å spise salami hver dag, velger å ikke gjøre det, av hensyn til sin hjertesvikt. Dette er egenomsorg, fordi personen tilpasser sine egenomsorgshandlinger og innarbeider disse i hverdagsmønsteret, for å nå et mål. Egenomsorg kan kreve materielle ressurser og tid. Når handlingene er for tidkrevende, kan det ikke bare oppleves tyngende i seg selv, det kan kreve oppgivelse av andre ting og aktiviteter (Orem i Renpenning & Taylor, 2003).

2.3.2 Sykepleie og egenomsorg

Sykepleie innebærer å hjelpe pasienten med å ivareta egenomsorg. Sykepleieren skal blant annet gi pasienten fysisk og psykisk støtte, samt motivasjon til læring og mestring (Hansen,

Lyngvær & Grønning, 2016). Det utgår av det etiske velgjørenhetsprinsippet at sykepleier skal tilrettelegge for at pasienten har det så godt som mulig (Brinchmann, 2016). Egenomsorg krever at pasienten har kunnskap og ferdigheter (Orem i Renpenning & Taylor). Sykepleier må lære opp pasienten, gi pasienten kunnskap om hvordan hen kan håndtere sin tilstand. Dette kan forankres i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 og Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019). Begge sier at sykepleier skal fremme og ivareta pasientens rett til medvirkning og informasjon ved gjennomføring av helsehjelp.

Sykepleier må kartlegge pasientens egenomsorg, ressurser og behov for tiltak. Sykepleier kan ta tre ulike roller overfor pasientens egenomsorg: Helt kompenserende, delvis kompenserende eller støttende/veiledende (Orem i Renpenning & Taylor, 2003). Sykepleier bør ikke overta egenomsorgshandlinger pasienten klarer selv, men heller stimulere til at pasienten ivaretar eller øker sin egenomsorg. Derfor er det sentralt å vektlegge pasientens ressurser og utnytte disse i sykepleien som gis. Indre ressurser hos pasienten kan være motivasjon, krefter og kunnskap. Ytre ressurser er i omgivelsene, og kan være hjelpemidler, helsetjenester, boforhold, pårørende og økonomi (Orem i Renpenning & Taylor, 2003 og Kirkevold, 2014b).

2.3.3 Egenomsorg ved kronisk hjertesvikt

Konkrete egenomsorgshandlinger ved kronisk hjertesvikt kan være riktig medikamentetterlevelse, røykeslutt, regelmessig veiing, reduksjon av saltinntaket, vaksinasjon mot influensa og pneumoni, lavt alkoholinntak, tilpasset fysisk aktivitet og hvile, eventuell vektnedgang og generelt samarbeide med fastlegen og helsepersonell ved poliklinisk oppfølging (Helsebiblioteket, 2019). Kapasiteten til egenomsorgshandlinger må sees i sammenheng med pasientens fysiske og psykiske funksjon (Orem i Renpenning & Taylor, 2003).

2.4 Sykepleiers helsefremmende funksjon

Sykepleier har flere ulike funksjoner, den helsefremmende er én av dem. Helsefremming er å istandgjøre personer til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. Det er vanlig å skille mellom sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon, selv om de også kan anses å utfylle hverandre (Helsefremmende arbeid, u.å.). Forebyggende arbeid er å motvirke at sykdom eller skade oppstår eller utvikler seg (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø,

2016). Helse anses som en ressurs for livskvalitet og mestring, ikke bare et middel for å leve. Helsefremming er å gi personen tilgang til denne ressursen, gjennom et støttende miljø, tilgang til informasjon, utvikling av ferdigheter og at personen opplever muligheter til å ta helsefremmende valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Helsehjelp omfatter mer enn bare klinisk behandling hvor hovedmålet er at pasienten blir frisk fra sykdom og skade (WHO, 1986). Det utgår fra Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 at sykepleier har ansvar for helsefremmende arbeid (NSF, 2019). Dette forankres dessuten i velgjørhetsprinsippet og ikke-skade-prinsippet om at sykepleier ikke skal påføre pasienten skade (Brinchmann, 2016). Helsefremmende tiltak må tilpasses den enkeltes behov og forutsetninger (WHO, 1986).

"Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) og "Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) legger politiske føringer for en forsterket innsats i helsefremmende arbeid i helsetjenestene. Helse og livskvalitet har betydning for den enkelte, befolkningen og samfunnsutviklingen. Det fremgår av meldingene at det er samfunnets ansvar å tilrettelegge for at den enkelte kan ta gode helsevalg, både på statlig og kommunalt nivå. Helsefremming – og egenomsorg – innebærer å gi mennesker tilgang til ressurser. Helsefremming kan også forankres i det etiske rettferdighetsprinsippet, som innebærer at sykepleien skal være rettferdig og at ressursene fordeles etter pasientenes behov (Brinchmann, 2016).

Folkehelseloven (2011) forankrer den norske helsesektorens helhetlige ansvar for helsen til innbyggerne, jf. § 4. Folkehelselovens forarbeider sier at "[h]elsesektoren har et særlig ansvar for å synliggjøre helsekonsekvenser av politikk og tiltak og samarbeide med andre sektorer for å nå mål på folkehelseområdet", på lokalt, fylkesnivå og på nasjonalt nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 30). Dette fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 1 samt § 2-1a tredje ledd, jf. § 2-1. Det vil si at sykepleier på poliklinikk har et juridisk ansvar for å arbeide helsefremmende, både for den enkelte pasients og folkehelsens skyld. Som en forlengelse av folkehelsearbeidet, har Norge et overordnet mål om å redusere for tidlig død av blant annet hjerte- og karsykdommer, med minst 25 % innen 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

2.5 Faglig forsvarlighet

Kravet faglig forsvarlig sykepleieutøvelse utgår fra både etiske og juridiske føringer.

Yrkesetiske retningslinjer punkt 1 sier at sykepleier "har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten." Ifølge helsepersonelloven § 4 (1999) skal sykepleien være faglig forsvarlig og omsorgsfull.

Forsvarlighetskravet innebærer to typer ansvar (NSF, 2018). I denne oppgaven er det det første som er relevant, men begge beskrives kort for å vise bredden av hva faglig forsvarlighet innebærer:

(1) Helsepersonellens individuelle ansvar for egen yrkesutøvelse, jf. helsepersonelloven § 4, (1999). Eksempelvis plikten til å innhente "tilstrekkelige opplysninger fra og om pasienten før det gis helsehjelp" (Helsedirektoratet, 2018).

(2) Arbeidsgivers/leders systemansvar for å tilrettelegge for forsvarlig virksomhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (2011), spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (1999) og helsepersonelloven § 16 (1999). Dette omfatter ansvar for dokumentasjon, rutiner og bemanning med adekvat fagkompetanse (NSF, 2018).

3 Metode

Metode er hvordan kunnskap skaffes eller etterprøves (Dalland, 2017). Det er anvendt litterær oppgave som metode for denne bacheloroppgaven, i henhold til skolens retningslinjer. En litterær oppgave innebærer å innhente og sammenlikne informasjon fra eksisterende kunnskap fra forskningslitteratur og faglitteratur (Thidemann, 2019).

I dette kapittelet vil det beskrives strategi for oppgaven, valg av forsknings- og faglitteratur, kildekritikk og etiske vurderinger. Se også vedlegg 1-5, for detaljerte sjekklister av hver artikkel.

3.1 Strategi

Det første jeg gjorde var å finne forskning, da forskning er hovedgrunnlaget for oppgaven i henhold til skolens emnebeskrivelse og veiledning for bachelor. Forskningen dannet rammer for hvordan jeg skulle angripe problemstillingen. Deretter kartla jeg faglitteratur om temaet. Jeg skrev også ned egne erfaringer som kunne være relevante.

Kildebruken i oppgaven må ses i lys av at store deler av bacheloroppgaven er skrevet samtidig med COVID-19-pandemien. Tilgang på ressurser i deler av denne perioden har vært minimal.

3.2 Valg av forskningslitteratur

Det er utført systematiske søk etter forskningsartikler. I oppstarten av søkeprosessen var hensikten å orientere meg i forskningen og finne artikler som kunne belyse problemstillingen (Thidemann, 2019). Jeg ønsket først å finne ut hvor mye forskning som var å finne om temaet MI, egenomsorg og kronisk hjertesvikt, før jeg eventuelt begrenset søkene. Jeg begrenset imidlertid til at artiklene ikke kunne være eldre enn fra 2009, da jeg kun ønsket nyere forskning med relevans i dag. I tillegg måtte artiklene være fagfellevurdert, som et ledd i kvalitetssikringen. Språket måtte være engelsk eller nordisk, for at jeg skulle forstå artiklene.

Jeg begynte artikkelsøket i databasen CINAHL, da dette er en anerkjent database for medisinsk forskning og jeg har brukertilgang gjennom skolen. Her kombinerte jeg MeSH-ordene "Motivational interview" AND "Heart failure" AND "self-care". Jeg avgrenset ikke til "nurse", da jeg ønsket å se hva som fantes først. Jeg har deltatt på skolebibliotekets

ressursforelesning om litteratursøk, og lærte å bruke MeSH-ord for å utvide søket til å favne flere artikler som omhandler temaet. Det ga 15 treff. Titlene og abstraktene til tre av artiklene skapte nysgjerrighet, og jeg leste artiklene i fulltekst. Artiklene var fagfellevurdert, da dette var et kriterium fra "Patient Education and Councelling" (Elsevier, 2018a) og "International Journal of Nursing" (Elsevier, 2018b). To av artiklene var kvantitative RCT-studier som omhandlet effekten av MI på egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt. Konteksten var oppfølging på og etter en hjertesviktrelatert sykehusinnleggelse. Jeg benyttet sjekklister for RCT fra Helsebiblioteket (2018a) på begge. Den tredje artikkelen var en del-studie av artikkel 1, om hvilke mekanismer som ga effekt på egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt. Jeg brukte sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2018b). I vedlegg 1-3 utdypes vurderingen av artiklenes metode, kvalitet og relevans. Sjekklister gjorde meg trygg på å bruke artiklene, som medførte at disse tre artiklene ble inkludert i oppgaven.

Jeg utførte flere andre søk i CINAHL, Swemed+ og Sykepleien.no, med samme og andre søkeord og kombinasjoner, men dette ga meg ingen nye relevante treff. Jeg gikk derfor over til databasen PubMed. Denne databasen er også anerkjent og jeg har brukertilgang gjennom skolen. Her utførte jeg et "advanced search" som muliggjorde mer komplekse søkeord og kombinasjoner (for detaljer, se tabell 1: Artikkelsøk). Inklusjonskriteriene var fremdeles fra år 2009 og nyere, fagfellevurdert og engelsk eller nordisk språk. Jeg fikk 52 treff. Jeg skummet gjennom titler og abstrakter, og fant her en fjerde forskningsartikkel som tilsynelatende virket relevant. Den så på pasienters erfaringer når sykepleier bruker MI i samtale om livsstilsendringer. Konteksten var poliklinisk oppfølging på svenske helsesentre, som kan sammenliknes med norske poliklinikker (The Commonwealth Fund, u.å.). Artikkelen var fagfellevurdert, som et kriterium for publisering i "BMC Nursing" (BMC, u.å.). Jeg benyttet sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2018b), se videre i vedlegg 4. Dette medførte at den fjerde artikkelen ble inkludert. På publiseringsstedet for den fjerde forskningsartikkelen trykket jeg på "similar articles". Dette tok meg rett til artikkel 5 (se tabell 2: Artikkelmatrise). Studien omhandlet sykepleieres erfaringer med MI som verktøy for helsefremmende arbeid. Konteksten var poliklinisk oppfølging på svenske helsesentre, som ga overføringsverdi til norske poliklinikker. Artikkelen var fagfellevurdert, som et kriterium for publisering i "Journal of Clinical Nursing" (Journal of Clinical Nursing, u.å.). Også her ble sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2018b) anvendt (se vedlegg 5), og den femte artikkelen ble inkludert.

Til slutt satt jeg igjen med fem forskningsartikler jeg ønsket å bruke. Forskningsartiklene har tilført ulike perspektiver på besvarelsen av oppgavens problemstilling, både grunnet studienes innhold og metode. Kvantitativ metode er analyse av tall, som bygger på naturvitenskapelig metode og et positivistisk vitenskapssyn (Bjørnnes & Gjevjon, 2019). Kvalitativ metode er en humanvitenskapelig metode, som søker å forstå menneskelige egenskaper som meninger, erfaringer, holdninger etc. (Thidemann, 2019). Detaljer om artiklenes metode, hva de tilfører, kvalitet og anvendelighet drøftes mer dyptgående i vedlegg 1-5.

3.2.1 Tabell 1: Artikkelsøk

Søkedato	Database	Søk nr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert
10.12.19	CINAHL	1	"Motivational interview" (MeSH) AND "Heart failure" (MeSH) AND "Self care" (MeSH)	Årstall: 2009-2019 Språk: Engelsk, nordisk Fagfelleverdert	15	3	3 (artikkel 1, 2 og 3 i artikkelmatrisen)
15.01.20	CINAHL	2	"Motivat" (keyword) AND "heart failure" (MeSH) AND "Self care" (MeSH)	Årstall: 2009-2020 Språk: Engelsk, nordisk Fagfelleverdert	14	0	0
15.01.20	CINAHL	3	"Motivational interview" (MeSH) AND "Heart failure" (MeSH) AND "Personal care" (keyword)	Årstall: 2009-2020 Språk: Engelsk, nordisk Fagfelleverdert	0	0	0
15.01.20	CINAHL	4	"Motivational interview" (MeSH) AND "Heart failure" (MeSH) AND "Self help" (keyword)	Årstall: 2009-2020 Språk: Engelsk, nordisk Fagfelleverdert	0	0	0
16.01.20	CINAHL	5	"Motivational interview" (MeSH) AND "Heart failure" (MeSH) AND "Self care" (MeSH)	Årstall: 2009-2020 Språk: Engelsk, nordisk Fagfelleverdert	15	0	De samme som søk 1. Søkte nå for å inkludere årstallet 2020.
16.01.20	Swemed+	6	"Motiverende intervju"	Årstall: 2009-2020 Fagfelleverdert	11	0	0

16.01.20	Sykepleien.no/forskning	7	"Motiverende intervju egenomsorg"		0	0	0
16.01.20	Sykepleien.no/forskning	8	"Hjertesvikt egenomsorg"		1	1	0 (kun som støtteartikkel)
18.02.20	PubMed	9	("motivational interviewing"[MeSH Terms] OR ("motivational"[All Fields] AND "interviewing"[All Fields]) OR "motivational interviewing"[All Fields] OR ("motivational"[All Fields] AND "interview"[All Fields]) OR "motivational interview"[All Fields]) AND experience[All Fields] AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields])	Årstall: 2009-2020 "humans"[MeSH Terms) Fagfelleurdert	52	4	2 (artikkel 4 og 5 i artikkelmatrisen)

3.3 Valg av faglitteratur

I prosessen med å velge relevant faglitteratur, utførte jeg søk i databasen Oria for å finne anerkjent faglitteratur om temaene i oppgaven. Jeg vektla å bruke primærkilder der det er mulig. Eksempelvis bruker jeg Miller & Rollnick som grunnla MI, kontra bøker som tolker dem. Det samme gjelder bøker om Orem, der jeg hovedsakelig brukte en bok som gjengir Orem's dokumenter fremfor nyere bøker som tolker dem. Egne tolkninger og eksempler som følger definisjoner fra faglitteratur er gitt der det anses nødvendig å vise forståelse og sammenheng, og fremstilles tydelig som dette.

Utover primærkilder har jeg fortrinnsvis anvendt nyere forskningsartikler, fagartikler fra anerkjente steder (eksempelvis Sykepleien og Helsebiblioteket), offentlige rapporter og rammeplaner, forskrifter, lovtekst og liknende. Dette fordi disse kildene ofte er oppdaterte om

tall, forskning, nyeste kunnskap samt juridiske og politiske føringer. NSF's Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) punkt 1.4 sier at sykepleiere plikter å være oppdatert på forskning og utvikling, og punkt 6.1 sier at sykepleiere skal engasjere seg i sosial og helsepolitisk utvikling i samfunnet. Disse kravene til sykepleierprofesjonen fremgår også av "Rammeplanen for sykepleierstudenter" (Kunnskapsdepartementet, 2008). Når jeg har anvendt fagbøker, har jeg stort sett brukt bøker som har vært pensum i bachelorutdanningen, som har trygget anvendelsen.

3.4 Kildekritikk

Jeg er uerfaren i søk etter forskningslitteratur, som kan ha medført at valgt strategi ikke har gitt flest og best resultater. Jeg kan ha gått glipp av søkeord og kombinasjoner, som kan ha påvirket artikkelutvalget. Valgte forskningsartikler er skrevet på engelsk, og min språkforståelse kan ha påvirket tolkningene av resultatene. Studiene er gjennomført i andre land enn Norge, med annerledes organisert helsevesen. Eksempelvis i artiklene som omhandler effekten av MI, sammenliknes MI-intervensjon med "vanlig" sykepleie. Hva som ligger i "vanlig" sykepleie, kan variere i ulike land. Jeg sammenlikner konteksten i samtlige forskningsartiklene med norske poliklinikker, men dette er kun basert på oppfølgings karakter (se punkt 1.3 for utdypende begrunnelse). I land, særlig Kina og USA, kan egenomsorgsbegrepet tillegges annet innhold, basert på kultur og organisering av helsevesen (Ingstad, 2013). Dette kan påvirke funnernes overførbarhet og anvendelighet til min oppgave og norsk helsevesen for øvrig. Forskningsartiklene har hatt ulike problemstillinger, som kan bety at funnene tar utgangspunkt i ulike momenter. Når det i oppgaven diskuteres om MI har effekt, anvendes funn fra to RCT-studier med lik problemstilling, artikkel 1 og 2. Kun artikkel 3 omhandler bacheloroppgavens problemstilling, resten av artikkelutvalget tar for seg ulike perspektiver ved oppgavens problemstilling. Artikkel 4 og 5 omhandler ikke pasienter med kronisk hjertesvikt, men pasienter med livsstilssykdommer. Dermed har jeg kun trukket ut funn som har relevant for oppgavens problemstilling og drøftet disse. Det kan være en svakhet, da det kan argumenteres med at artiklens funn bør ses som en helhet. I tillegg kan min tolkning av funnernes relevans ha påvirket besvarelsen. Se detaljer i vedlegg 1-5.

Faglitteraturen om MI har vært en norsk oversettelse av Miller & Rollnick sin engelske bok. Jeg ønsket å bruke primærkilder så langt det var mulig, men grunnet COVID-19-pandemien har jeg hatt en svært begrenset tilgang til bøker. Eksempelvis i redegjørelsen for Orems teori,

har jeg kun hatt tilgang til sekundærkilder som gjengir publiserte og upubliserte sitater og dokumenter fra Orem. Boka om Orems var dessuten skrevet på engelsk (originalspråket), og jeg har oversatt tekstene. Oversettelsene av teori kan ha påvirket forståelsen og dermed preget besvarelsen. Bruken av nettbasert faglitteratur kan også kritiseres. Det positive med at kilder fra Internett oppdateres jevnlig, kan også slå andre veien ved at det muligens ikke stilles samme krav til korrektur alle steder.

3.5 Etiske vurderinger

Etter som dette er en litterær oppgave, er den basert på eksisterende fagkilder. Jeg har passet på å overholde retningslinjer for kildehenvisning og kreditere forfatterne for deres arbeid jeg har brukt i oppgaven. Når jeg bruker egne erfaringer fra praksis og arbeid, skriver jeg dette tydelig. Dette er for å ikke la erfaringer farge tolkninger, men vise at jeg har reflektert over temaet i praksis. Jeg har dessuten anonymisert når jeg bruker egne erfaringer, av hensyn til taushetsplikten, jf. helsepersonelloven (1999) § 21.

4 Resultater

Her presenteres de fem valgte forskningsartiklene som benyttes i oppgaven. Først vil hovedresultatene beskrives. Detaljer presenteres videre i artikkelmatrisen.

Artiklenes resultater var at MI gir større økning av egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt, enn "vanlig" sykepleie (Creber et al., 2016 og Chen et al., 2018). Individuell problemløsning, aksept, empati og fremkalling av endringsstrategier synes å være mekanismer ved MI som medførte denne økningen (Riegel et al., 2017, Brobeck et al., 2014 og Brobeck et al., 2011).

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 3: Artikkelmatrise

Nr.	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode/ studiedesign	Funn
1	Ruth Masterson Creber, Megan Patey, Christopher s. Lee, Amy Kuan, Corrine Jurgens & Barbara Riegel (2016)	"Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial"	Patient Education and Counseling	Teste hvor effektivt MI er, sammenliknet med "vanlig" sykepleie, for å øke egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt.	To-armet randomisert kontrollert studie: Arm 1: Intervensjonsgruppe Arm 2: Kontrollgruppe Prospektivt, enkeltblindet design. Totalt 67 av 100 deltakere fullførte. Intervensjonsgruppen (49) fikk ett besøk av sykepleier, og tre-fire telefonsamtaler over 90 dager etter utskrivelse fra sykehus. Kontrollgruppen (30) fikk "vanlig pleie".	Deltakerne som fikk MI-intervensjonen hadde signifikant forbedring i egenomsorg etter 90 dager, sammenliknet med deltakerne som fikk "vanlig" sykepleie. Egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt økes, når sykepleiere bruker MI som intervensjon.
2	Juan Chen, Hongwei Zhao, Shumin Hao, Jiajia Xie, Yixue Ouyang & Shue Zhao (2018)	"Motivational interviewing to improve the self-care behaviours for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial"	International Journal of Nursing Science.	Se hvilken effekt MI har på egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt, sammenliknet med "konvensjonell" sykepleie.	To-armet randomisert kontrollert studie Arm 1: Intervensjonsgruppe Arm 2: Kontrollgruppe Prospektivt design Totalt 62 deltakere fullførte: Intervensjonsgruppen (29) var med i fire individuelle MI "intervention sessions" hver med en sykepleier, som varte 15-20 minutter, over 2-3 uker, mens de var innlagt på sykehuset. Kontrollgruppen (33)	Deltakerne som fikk MI-intervensjonen hadde signifikant forbedring i egenomsorg under og etter sykehusinnleggelse, sammenliknet med deltakerne som fikk "konvensjonell" sykepleie. Egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt økes, når sykepleiere bruker MI som intervensjon.

					fikk "konvensjonell pleie".	
3	Barbara Riegel, Victoria Vaughan Dickson, Lydia Elena Garcia, Ruth Masterson & Megan Streur (2017)	"Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention" Patient Education and Counseling.		Identifisere mekanismene bak hvorfor MI-intervensjonen har effekt på egenomsorg hos pasienter med kronisk hjertesvikt. Se sammenhengen mellom anvendte MI-teknikker og endring i egenomsorg.	Sekvensert metodetriangulering: Sstarter med kvantitativ metode. Går over i kvalitativ metode. Til slutt kobles dataene sammen. Retrospektivt design. 41 deltakere i den kvantitative delen. Hos 8 av disse deltakerne ble det gjort lydopptak ved minst to av "intervention sessions" (kvalitativ del).	MI er en effektiv metode for å bedre egen mestringsevne hos pasienter med kronisk hjertesvikt. Det ble funnet tre MI-teknikker som var mest effektive, og hva teknikkene stimulerte til: (1) Refleksjon og speiling, som medførte positiv selvsnakk og endringssnakk. (2) Empati, bekreftelse og humor, som medførte en egen tro på å overkomme barrierer. (3) Individuell problemløsning, som medførte at deltakerne satte seg egne mål.
4	Elisabeth Brobeck, Sigrid Odencrants, Håkon Bergh & Cathrine Hildingh (2014)	"Patient's experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study"	BMC Nursing	Beskrive pasienter i primærhelsetjenesten (i Sverige) sine erfaringer med samtale om livsstil basert på MI.	Kvalitativ metode. Deskriptivt retrospektivt design. Individuelle intervjuer av 16 pasienter.	Samtale om livsstil ved bruk av MI kan hjelpe pasienter med å overkomme barrierer og skape motivasjon til endring i egen livsstil. Forskerne plasserte funnene i tre kategorier: (1) Gjensidig interaksjon: - Deltakerne følte seg sett og lyttet til av sykepleieren. - Deltakernes egne initiativer ble oppmuntret. - Deltakerne opplevde støtte fra sykepleieren og følte at de ikke var alene med sine utfordringer. - Hvis deltakerne opplevde tilbakefall, kunne de være åpne med sykepleierne om dette og opplevde ubetinget støtte. (2) Følelse av velvære: - Deltakerne opplevde at følelsene deres ble bekreftet, fordi de ble møtt med respekt og anerkjennelse i stedet for "pekefinger". - Deltakerne opplevde medvirkning og selvbestemmelse. - Deltakerne satt med en følelse av å ha muligheter til å bedre helsen sin, i stedet for skyldfølelse for hvordan situasjonen var. (3) Medvirkning til endring:

						<ul style="list-style-type: none"> - Samtalene medførte en ny måte å tenke omkring livsstil på. - Samtale om livsstil hvor deltakerne måtte sette ord på egne tanker, gjorde at barrierer for endring ble tydelige og kunne jobbes med. - Deltakerne trengte et eget og ektefølt ønske om å gjennomføre livsstilsendringen, for å lykkes. - Deltakerne opplevde tilfredsstillelse og motivasjon til å klare en livsstilsendring. - Deltakerne opplevde at sykepleierne hadde kunnskap om livsstilsendringer.
5	Elisabeth Brobeck, Håkan Bergh, Sigrid Odencrants & Cathrine Hildingh (2011)	"Primary healthcare nurses experiences with motivational interviewing in health promotion practise"	Journal of Clinical Nursing	Beskrive sykepleiere i primærhelsetjenesten (i Sverige) sine erfaringer med MI som verktøy for helsefremmende arbeid.	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Deskriptivt, retrospektivt design.</p> <p>Individuelle intervjuer av 20 sykepleiere.</p>	<p>MI er en krevende, berikende og nyttig metode for å arbeide helsefremmende. MI fremmer bevissthet og veiledning i relasjonen mellom sykepleier og pasient.</p> <p>Funnene ble gruppert i fem kategorier:</p> <p>(1) Krav til utførelsen. Deltakerne opplevde at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De måtte ha profesjonell erfaring og trening i MI. - De måtte være interessert i MI, for å bruke metoden. - De måtte vise respekt og forståelse for pasienten under samtalen. - De måtte ha nok med tid og følge opp pasientene over tid. <p>(2) Berikelse. Deltakerne opplevde at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det var stimulerende å observere at pasienten uttrykket bedre forståelse av egen helse og økt motivasjon til å gjøre gode helsevalg. - MI ga dem nye perspektiver på måter å arbeide helsefremmende. - MI var en effektiv metode for helsefremmende arbeid. <p>(3) Nytte. Deltakerne opplevde at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De kunne bruke MI-teknikker også i andre sammenhenger enn samtaler om livsstil. - MI kunne være vanskelig å bruke optimalt i noen

						<p>omstendigheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> - MI kunne noen ganger begrense arbeidet deres, hvis man brukte metoden slavisk. <p>(4) Bevissthet. Deltakerne opplevde at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MI tydeliggjorde sykepleierens helsefremmende funksjon, ved å stimulere til økt medvirkning hos pasienten. - MI tydeliggjorde mulige endringsstrategier for pasienten. <p>(5) Omsorg og relasjon. Deltakerne opplevde at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasienten ble personen i sentrum, i stedet for at sykepleieren tok fokuset ved å komme med råd og informasjon. - De uttrykket tillit til pasienten og hens prosess. - Interaksjonen mellom pasient og sykepleier var gjensidig og åpen. - Det var fokus på mestring, toleranse og positivitet, fremfor kritikk, tilbakefall og feil.
--	--	--	--	--	--	---

5 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å forstå mer om hvilke mekanismer ved MI som kan bidra til at egenomsorgen kan økes hos pasienter med kronisk hjertesvikt. Diskusjonen tar utgangspunkt i hovedfunnene fra forskningsartiklene. Artiklene sammen ga mange funn, men alle kan ikke diskuteres grunnet oppgavens begrensede ordgrense. Momentene som diskuteres er de som går igjen i flere artikler. Med utgangspunkt i disse blir det trukket inn teori, samt egne erfaringer og refleksjoner.

Funnene viser at det er mange positive sider ved å benytte MI i samtale med pasienter som har behov for økt egenomsorg. Det ligger imidlertid i selve sykepleiefaget å utøve personsentrert pleie og omsorg og møte pasienter med forståelse og empati. Det fikk meg til å lure på hva som er annerledes ved MI-metoden. Jeg ønsker å se på mekanismene ved MI som kan bidra til positiv endring i egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt. Til tross for de ulike tilnærmingene i forskningen som brukes i oppgaven, undres jeg over om de sammen kan føre meg nærmere en forståelse av hva som gjør at MI kan øke egenomsorgen hos pasienter med kronisk hjertesvikt.

Deltakerne i forskningsartiklene blir benevnt som "sykepleier" eller "pasient", etter som hvilken rolle de har i studiene. Dette for å gjøre diskusjonen mer leservennlig.

5.1 Effekten av MI på egenomsorg

For å kunne si noe om hvorfor MI kan øke egenomsorgen, er det naturlig å først se om MI har effekt. Creber et al. (2016) og Chen et al. (2018) fant at egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt økes, når sykepleiere bruker MI som intervensjon. De fant også at det var en signifikant større økning hos pasienter som fikk MI enn de som fikk "vanlig" sykepleie. Det indikerer at det er en sammenheng, og at sykepleier kan bruke MI for å øke pasientens egenomsorg. I oppgaven er det tatt med to kvantitative studier som tar for seg denne problemstillingen, for å ha et større kildemessig fundament for å si noe om effekten. Begge studiene er RCT, som er forskningens "gullstandard" (Thidemann, 2019). De er fra henholdsvis 2016 og 2018, som styrker funnenes legitimitet og deres relevans i dag.

Creber et al. (2016) og Chen et al. (2018) brukte scoringsverktøyet Self-Care of Heart Failure (SCHFI) v.6.2., for å måle grad av deltakernes egenomsorg. SCHFI måler pasientens: (1) valg

av atferd som opprettholder fysiologisk stabilitet ("maintenance"), (2) oppfattelse av symptomer ("symptom perception"), og (3) respons på symptomer når de oppstår ("management") (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016b). I tråd med Orems definisjon, vektlegger SCHFI pasientens evne til å se sammenheng mellom egne handlinger og behov. (1) tolker jeg som eksempelvis etterlevelse av medikamenter. Dette trenger ikke nødvendigvis være fordi pasienten ser en sammenheng mellom medikamentene og sin hjertesvikt, men at pasienten faktisk utfører en eller flere handlinger som er bra for hjertesvikten. (2) kan være at pasienten oppdager vektøkning ved rutinemessig veiing, og forstår at dette kan være et symptom på hjertesvikten. (3) kan være å ta ekstra behovs-diuretika, eller å si ifra til sykepleier eller lege, dersom pasienten oppdager vektøkning. SCHFI definerer ikke konkrete egenomsorgshandlinger fordi det varierer hva pasientene har behov for (Riegel et al. 2016b). En pasient med NYHA klasse IV har sannsynligvis ikke samme kapasitet til fysisk aktivitet, som en med klasse II. Imidlertid tar ikke scoringsverktøyet hensyn til pasientens ressurser som forutsetning. Orems teori innebærer at sykepleier må se pasientens egenomsorg i lys av indre og ytre ressurser. En pasient kan ha andre forutsetninger grunnet mer kunnskap eller involverte pårørende, enn andre som ikke har det. Tilsynelatende var både Creber et al. (2016) og Chen et al. (2018) klar over at ulik tilgang til ressurser ga forskjellige forutsetninger. Jeg tolker det dithen fordi deltakere ble rekruttert og gruppefordelt basert på faktorer som alder, kjønn, utdanning, hudfarge, etnisitet, NYHA-klasse, komorbiditet og baseline-SCHFI-scoring, med begrunnelse om at faktorene kunne påvirke resultatet. Dog er dette kun ytre ressurser i henhold til Orems teori. Dette kan indikere at det er her MI kommer inn, som et verktøy for å gi pasienten tilgang til flere indre ressurser, som motivasjon.

Pasientene i studiene til Creber et al. (2016) og Chen et al. (2017) scoret seg selv ved studieinkluderingen og så etter 90 dager med oppfølging. Det kan være både en negativ og positiv side ved selvscoring. På den ene siden kan pasientene forstå spørsmålene forskjellig og dessuten ha ulik forståelse av sin tilstand og egenomsorg. De kan også ha ulike forventninger til hva de kan gjøre selv og hva andre skal avlaste dem med. Dette kan anses som en svakhet ved artiklens funn. På den andre siden er kjernen i MI og egenomsorg pasientens opplevelse av egen helse og hvilke handlinger hen gjør for å imøtekomme sine behov. Selvscoring kan også være inkluderende og bevisstgjørende for pasientene. Creber et al. (2016) og Chen et al. (2018) så dessuten ikke på scoren i seg selv som grunnlag for funnet, men vurderte utviklingen til hver deltakers score fra baseline til slutten av oppfølgingen. Det

var altså den individuelle økningen av scoren som hadde betydning. Fokuset på individet og endring som en individuell prosess er grunnleggende i MI.

5.2 Individuell problemløsning

Riegel et al. (2017) fant at individuell problemløsning medførte at pasientene satte seg egne mål. I MI er man opptatt av at pasienten selv har det som trengs for å øke egenomsorgen, sykepleieren skal bare "trekke det ut". På den måten hjelper sykepleieren pasienten til å eie egne problemer og løsninger (Miller & Rollnick, 2016). Individuell problemløsning i MI kan bety at sykepleier gir pasienten makt over egen situasjon. Dette er i tråd med autonomiprinsippet samt pasientens selvbestemmelsesrett og medvirkningsrett, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §§ 3-1 og 4-1. Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 sier dessuten at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser.

Brobeck et al. (2014) fant at når pasienter satte ord på egne tanker, ble barrierer for endring tydelige og kunne jobbes med. Riegel et al. (2017) fant at når sykepleier stiller åpne spørsmål, lytter og reflekterer pasientens utsagn, stimulerer det til pasientens positive selvsnakk og endringssnakk. Disse funnene indikerer at når pasienten setter ord på tankene sine om egenomsorg, blir det tydelig hva som eventuelt oppleves utfordrende for pasienten. Dermed konkretiseres barrierene og de blir mer håndgripelige. Eksempelvis om pasienten forteller at hen sitter mye stille, fordi det er smertefullt og slitsomt å gå. Hen ønsker ikke å ta så mye diuretika, fordi det medfører plagsom økt vannlating, og pasienten rekker ofte ikke til toalettet i tide. Dersom sykepleier stiller spørsmål som får pasienten til å utforske sammenhengen mellom diuretika, reduksjon av ødemer, lettere pust og økt fysisk funksjon, kan det tenkes at medikamentetterlevelse oppleves som relevant og meningsfylt for pasienten. Dette kan tale for at individuell problemløsning er en MI-mekanisme som kan bidra til økt egenomsorg.

Det kan være indikasjoner på at pasientens problemløsning i MI ikke er alene om å øke egenomsorgen. Egenomsorg fordrer at pasienten har kunnskap og ferdigheter; det er ikke en "blind" utførelse av en bestemt handling, men handler om evnen til å se sammenhenger mellom faktorer (Orem i Renpenning & Taylor, 2003). Det kan bety at for å øke pasientens egenomsorg, må pasienten først få kunnskap om sin hjertesvikt og egenomsorgshandlinger, for å kunne se sammenhenger. Eksempelvis om pasienten sover dårlig grunnet ortopné. Da kan det være hensiktsmessig at sykepleier forklarer sammenhengen mellom liggestilling og økt tungpust, så pasienten kan prøve å bygge opp ryggen med puter. Kravet til faglig forsvarlig sykepleie vil dessuten legge noen føringer for hva sykepleier rettleder pasienten til i

samtalen, det vil si referanser om hva som er gode helsevalg for pasientens hjertesvikt. Kronisk hjertesvikt medfører økt sykkelighet og dødelighet – i større grad dersom pasienten ikke utøver egenomsorg (Oppdahl et al., 2015 & Riegel. et al. 2016a). Den kliniske siden av sykepleiefaget og kravet om faglig forsvarlig sykepleie, kan tilsi at sykepleien i hovedsak bør ta sikte på å hjelpe pasienten med å redusere symptomer og øke kroppens kapasitet. Etter egne erfaringer vil poliklinisk oppfølging av pasienten innebære et overordnet mål om klinisk bedring – eventuelt stabilisering – av den kroniske hjertesvikten. På den måten blir ikke egenomsorg målet i seg selv, men hva egenomsorgen medfører for pasienten og hens kroniske hjertesvikt.

Brobeck et al. (2011) fant også at sykepleierne opplevde at de måtte ha nok med tid og følge opp pasientene over tid. Funnet antyder at endring – iverksetting av egenomsorgshandlinger – er en prosess over tid, og forutsetter flere samtaler. Ved individuell problemløsning som mekanisme, er det sentralt at pasienten føler eierskap til egne utfordringer og løsninger (Miller & Rollnick, 2016). Egenomsorg omhandler evnen til å se sammenheng mellom faktorer (Orem i Renpenning & Taylor, 2003). Ved MI leder sykepleier pasienten til å sette ord på sammenhengen selv, fremfor at sykepleier kun gir informasjon og råd til pasienten. Det kan derfor anses sentralt at det legges opp til flere samtaler, ut ifra hvor pasienten er i prosessen. Det kan også indikere en viss hyppighet mellom samtale, så det blir en kontinuitet i prosessen. På poliklinikk aktualiseres tid som en rammefaktor for sykepleieutøvelsen. På den ene siden innebærer poliklinisk oppfølging at pasienten jevnlig kommer til (blant annet) samtaler med sykepleier, og snakker om hvordan det går. Sykepleier følger pasienten over tid, som indikerer en kontinuitet i prosessen. På den andre siden har jeg erfaringer om at sykepleieren ofte har mange pasienter på listen, og må legge opp dagen på en mest mulig effektiv måte. Det er heller ingen selvfølgelighet at det er den samme sykepleieren som følger pasienten hver gang, ofte grunnet kapasitet. Dermed blir både tid og kontekst rammefaktorer som kan innvirke på pasientens prosess med individuell problemløsning.

5.3 Aksept

Brobeck et al. (2014) fant at hvis pasientene hadde tilbakefall, opplevde de at de kunne være åpne med sykepleierne om dette og fikk ubetinget støtte. De følte seg sett og lyttet til av sykepleieren. Sykepleierne opplevde at de med MI uttrykket tillit til pasienten og hens prosess (Brobeck et al., 2011). Disse funnene kan sees i sammenheng med MI-verdien aksept. Eksempelvis hvis pasienten sier at hen ikke tar diuretika fordi det medfører plagsom

vannlating. Ved MI formidler sykepleier at hen aksepterer det pasienten frembyr, ved å reflektere det pasienten sier og stille spørsmål videre basert på pasientens utsagn. Øking av egenomsorg i MI forutsetter at partene utforsker pasientens valg av å ikke ta diuretika og hens opplevelse av symptomer og bivirkninger. Dette kan også sees i sammenheng med individuell problemløsning i punkt 5.2.

Av erfaring kan det være lett at sykepleier møter pasientens utsagn med råd og informasjon. Sykepleier er den profesjonelle part med faglig kunnskap, og pasienten oppsøker sykepleiers ekspertise på poliklinikken. Sykepleier kan svare pasienten i eksempelet over med "det er viktig at du tar medisinene dine, ellers forverres hjertesvikten din". Sykepleier vet at dersom pasienten ikke tar diuretika, samles væske i kroppen og pasienten kan oppleve dyspné, ødemer og redusert fysisk funksjon (Ørn & Brundval, 2016). Sykepleier gir informasjon om dette til pasienten, for å lindre lidelse og forhindre skade. Dette er i tråd med prinsippene og velgjørighet og ikke-skade. Dog kan dette ut ifra holdningen aksept i MI, anses som at sykepleier tar avstand fra det pasienten frembyr.

Brobeck et al. (2011) fant at sykepleierne opplevde relasjonen mellom sykepleier og pasient var sentralt som element for endring, og at MI medførte nærhet i relasjonen. Dette kan sees i sammenheng med at pasientene opplevde en gjensidig interaksjon fordi de følte seg sett og lyttet til av sykepleieren (Brobeck et al., 2014). Aksept kan dermed være viktig for å opprettholde relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det kan oppleves utfordrende å leve med en kronisk sykdom (Hestvold, 2018). Det kan hende pasienten er klar over hvilke endringer som må til for å øke egenomsorgen, men ikke har ressurser til å gjennomføre dem. Aksept kan synes å virke ved at pasienten opplever at relasjonen med sykepleier er givende og støttende, og at pasienten unngår å identifisere seg med utfordringer og "feil" valg. Jeg tror at når man føler seg akseptert, føler man seg også forstått og respektert som person. Endring og egenomsorg kan skape usikkerhet. Usikkerhet om man vil lykkes, men også om ens egen betydning og verdi grunnet en sykdom som gjør en hjelpetrengende og sårbar. Man kan kjenne på følelser av mislykkethet, utilstrekkelighet og skam. Å bli akseptert for den man er og hvilke tanker man gjør seg, kan bidra til å danne en støttende atmosfære. Det utgår fra yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 at sykepleieren skal understøtte "håp, mestring og livsmot hos pasienten" (NSF, 2019). Dette kan indikere at MI gir pasienten mulighet til å lykkes med

å øke egenomsorgen, fordi pasienten føler seg akseptert med sine svakheter og feil, som gir rom for å se fremover.

5.4 Empati

Riegel et al. (2017) fant at empati, humor og bekreftelse medførte at pasientene fikk en egen tro på å overkomme barrierer. Dette kan sees i sammenheng med funnet til Brobeck et al. (2014), der pasientene opplevde at følelsene deres ble bekreftet, fordi de ble møtt med respekt og anerkjennelse i stedet for "pekefinger". Sykepleierne opplevde at de ved MI uttrykket tillit til pasienten og hens prosess (Brobeck et al., 2011). Disse funnene kan også knyttes til individuell problemløsning i punkt 5.2 og aksept i punkt 5.3. Det sentrale her er at funnene viser at pasienter og sykepleiere opplever tiltro til egen mestring når sykepleier formidler forståelse for pasientens opplevelse. I MI brukes empati aktivt gjennom samtalen, ved at sykepleier setter seg inn i pasientens perspektiv. Samtalen tar utgangspunkt i pasientens oppfatninger, forståelse og prioriteringer, fremfor sykepleiers meninger om hva som er best. I stedet for å si at pasienten bør ta ordinert diuretika (selv om pasienten opplever plagsomt økt vannlating), starter sykepleier i andre enden: "Hvilke behov har du, og hva kan du gjøre for å møte de behovene?".

Kroppsspråk er en naturlig del av en empatisk tilnærming i MI (Miller & Rollnick, 2016). I studiene til Riegel et al. (2017) og Brobeck et al. (2011 og 2014) ble MI-intervensjonene utført ansikt til ansikt. Dette gir muligheter for å observere pasienten og hans kroppsspråk. Sykepleier kan også uttrykke empati gjennom kroppsspråket sitt. Dette kan være med på å danne en åpen og gjensidig relasjon mellom partene. I studiene til Creber et al. (2016) og Chen et al. (2018), ble flere av MI-samtalene utført over telefon. Dermed elimineres kroppsspråk som en kommunikasjonsmåte. Likevel ses en effekt av MI på egenomsorgen i studiene. Dette kan underbygge at empati uttrykkes ved å vektlegge pasientperspektivet i samtalen mellom sykepleier og pasient, samt at det er mulig over telefon.

Jeg har erfaring med å skulle øke egenomsorgen til en pasient med nyanlagt stomi. Pasienten hadde også (blant annet) lungesykdom, underernæring og diabetes. Hen ga uttrykk for å ha fått mye og gjentakende informasjon fra helsepersonell om "riktig" ernæring, røykeslutt og trening, men at det ikke hjalp. Det ble iverksatt flere tiltak, uten effekt. Den store drømmen til pasienten var å kunne tilbringe ferien på hytta, men slik det så ut nå var pasientens fysiske tilstand for ustabil. Pasienten var i en sårbar situasjon grunnet et sykdomsbilde som preget hele hans tilværelse. Jeg tror hen følte det var et stort sprik mellom det helsevesenet sa og det

hen selv opplevde var mulig å få til. Jeg benyttet MI som intervensjon (blant annet), som innebar en empatisk tilnærming til pasienten. Jeg møtte pasienten med å bekrefte hens opplevelse av at det var mye å ta tak i og at det ikke var realistisk for hen å få til dette på en gang. Deretter spurte jeg hvilken endring hen tenker kan være realistisk i første omgang. Pasienten sa hen kunne legge inn et ekstra måltid eller to og alltid ha vannflaske tilgjengelig. På den måten bekreftet jeg hens følelse av at det ble for mye, samtidig som jeg fremkalte endringssnakk på hens premisser. Med denne tilnærmingen ble det ikke utøvet mindre sykepleie, men prosessen mot å øke egenomsorgen ble tatt steg for steg. Dette eksempelet kan være med og belyse at empati kan være en viktig mekanisme ved MI.

Et motargument mot en for empatisk tilnærming kan være at endringsprosessen blir for passiv, dersom pasienten ikke utfordrer seg selv. Pasienter kan ha ulike forventninger til hva de klarer selv og hva helsevesenet skal avlaste dem med. Kanskje ser ikke pasienten verdien av egenomsorgshandlinger, eller opplever at "det beste av to onder" er å la situasjonen være som den er. Det overordnede målet er at egenomsorgen økes, som igjen er forankret i et mål om bedre helse og mindre sykkelighet for individet og samfunnet. Det kan tale for at sykepleier er nødt til å drive samtalen i retning av å øke egenomsorgen til pasienten, selv om det vil være å gå vekk fra en empatisk tilnærming. I MI kan det tilsi at fokuseringen for samtalen i større grad defineres av sykepleier. I situasjonen med pasienten jeg fulgte i eksempelet over, kunne det vært hensiktsmessig at jeg la frem en agenda om røykeslutt, for deretter å spørre pasienten hva hen kan gjøre for å få dette til.

Det vil også være aktuelt å spørre hvordan MI-mekanismen empati skiller seg fra empati ellers i sykepleiefaget. Empati er et grunnleggende element i personsentrert sykepleie, som utgangspunkt for faglige sykepleievurderinger og for å ivareta pasientens integritet (Thoresen, 2013). Det kan handle om å sanse personen for å danne en ramme for fortolkning av pasientens behov. Dette kan synes å samstemme med holdningen i MI beskrevet over; empatisk tilnærming i MI innebærer at samtalen tar utgangspunkt i pasientens oppfatninger, forståelse og prioriteringer, fremfor sykepleiers meninger om hva som er best. Det kan være vanskelig å sammenlikne MI med å bare tenke "personsentrert sykepleie", som ikke er en metode, men et generelt verdisett i sykepleiefaget. Samtidig kan dette være utspringet til hvorfor MI fungerer så godt, fordi det er en systematisert tilnærming til endring, i dette tilfellet å øke pasientens egenomsorg.

Riegel et al. (2017) fant at i MI var empati en mekanisme for å øke egenomsorg hos pasienter med kronisk hjertesvikt, fordi det medførte positiv selvsnakk og endringssnakk hos pasienten. Positiv selvsnakk og endringssnakk kan sees i sammenheng med funnet til Brobeck et al. (2014), der pasientene opplevde en følelse av å ha muligheter til å bedre helsen sin, i stedet for skyldfølelse for hvordan situasjonen var. Sykepleierne syntes MI skapte et fokus på mestring, toleranse og positivitet, fremfor kritikk, tilbakefall og feil (Brobeck et al., 2011). Fra funnene i forskningsartiklene kan det sammenfattes en indikasjon om at når sykepleier har en empatisk tilnærming ved MI, stimulerer det pasientens tillit til seg selv og endringsprosessen hen er i med sykepleieren. Empati blir dermed ikke kun et element for å vurdere pasientens behov eller for å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient. Empati i MI er også en aktiv drivkraft i selve endringsprosessen.

5.5 Fremkaller endringsstrategier

Brobeck et al. (2014) fant at pasientene opplevde tilfredsstillelse og motivasjon til å klare en livsstilsendring. Sykepleierne opplevde at MI tydeliggjorde mulige endringsstrategier for pasienten (Brobeck, et al., 2011). Når sykepleieren fremkaller endringssnakk, stiller sykepleieren spørsmål som henter frem pasientens tanker og følelser tilknyttet egenomsorg og egenomsorgshandlinger (Miller & Rollnick, 2016). Dette er motivasjonsarbeid som er ment å lede til at pasienten tar en beslutning om å utføre egenomsorgshandlinger. Dette vil favnes av pasientens medvirkningsrett, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. På den måten kan funnene tolkes som at fremkallingen virker frigjørende for pasienten, fordi hen kan føle at hen sitter med mange muligheter og endringsstrategier for å øke sin egenomsorg. Da kan det være lettere å velge det som er positivt for egenomsorgen, i ambivalensen som oppstår omkring endring.

Brobeck et al. (2014) at pasientene trengte et eget og ektefølt ønske om å gjennomføre livsstilsendringen, for å lykkes. Det kan bety at pasienten må forstå viktigheten av egenomsorgshandlingene for at endringen skal vare over lengre tid. Orem vektlegger at egenomsorg er handlinger som pasienten selv initierer og modererer (Orem i Renpenning & Taylor, 2003). Det kan bety at pasienten bør ha et forhold til endringsstrategiene. Dette kan også knyttes til individuell problemløsning i punkt 5.2. Når sykepleier stimulerer til pasientens endringssnakk, leder pasienten seg selv til å utøve egenomsorgshandlinger. Pasienten hører seg selv argumentere for endring, og egenomsorgshandlingene kan virke mer

gjennomførbare enn tidligere. På den ene siden kan det tale for at fremkalling av endringsstrategier gjør pasienten til en medvirkende part i egen helsefremming.

På den andre siden fant Brobeck et al. (2011) at sykepleierne synes MI kunne være vanskelig å bruke optimalt i noen tilfeller. Dette kunne være når pasientene uttrykket at egenomsorgshandlinger var utfordrende og gikk på bekostning av velvære i hverdagen. Det kan være smertefullt og tidkrevende å gå med stive og ødematøse ben. Kanskje blir det ikke bedre, selv om det kan forhindre forverring. Offeret kan føles større enn gevinsten, og egenomsorgen kan føles meningsløs. Orem mente at pasientens velvære er et sentralt behov i egenomsorg, da det er pasientens oppfatning av egen livssituasjon (Orem i Biermann, 1996). Det kan tale for at sykepleier i noen tilfeller bør ta en delvis eller helt kompensierende rolle overfor pasientens egenomsorg, når pasienten ikke har forutsetningene for å ha et eget og ektefølt ønske om endring. Dette vil kunne gå på bekostning av fremkalling av endringsstrategier, i tillegg til individuell problemløsning i punkt 5.2.

Sykepleierne i studien til Brobeck et al. (2011) opplevde at MI var en effektiv metode for helsefremmende arbeid, og gjorde sykepleierne bevisst på deres helsefremmende funksjon. Når pasienten med kronisk hjertesvikt utøver egenomsorg, gir det helsegevinster for pasienten (Norsk Legemiddelhandbok, 2016). Det kan dessuten anses å ha positive konsekvenser for folkehelsen, da reduksjon av symptomer og økt livskvalitet kan redusere behov for omfattende helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Imidlertid må det legges til grunn at studiene til Brobeck et al. (2011 og 2014). ikke omhandler pasienter med kronisk hjertesvikt, men pasienter med livsstilssykdommer. Kronisk hjertesvikt er en alvorlig og kritisk sykdom, og pasientene trenger kanskje mer kompensierende sykepleie enn pasienter med livsstilssykdommer. Det er også egenomsorg i å hvile og porsjonere kreftene (Helsebiblioteket, 2019). Prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade kan legge føringer for endringsstrategienes innhold og retning.

6 Avslutning

I oppgaven er det vist at å leve med kronisk hjertesvikt kan være utfordrende på mange områder. Pasientens livskvalitet og sykdommens kliniske prognose er avhengig av at pasienten utøver god egenomsorg. Sykepleiers helsefremmende funksjon er sentral i oppfølgingen og styrkingen av egenomsorgen. Dette er forankret i juridiske og etiske føringer, samt en aktuell politisk agenda om å bedre folkehelsen, som sykepleier må forholde seg til.

Ved bruk av MI kan sykepleier fremkalle pasientens motivasjon for å utøve handlinger som øker egenomsorgen. Dette innebærer å hjelpe pasienten til å finne og utnytte ressursene hen har. MI har vist seg som en effektiv metode for å øke egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt. Oppgaven har søkt å belyse hvilke mekanismer ved MI som kan bidra til denne økningen. Forskning og teori har vist at individuell problemløsning, empati, aksept og fremkalling av endringsstrategier er sentrale mekanismer i pasientens endringsprosess, som kan bidra til å øke egenomsorgen til pasienter med kronisk hjertesvikt. Disse mekanismene påvirkes av rammefaktorer som tid og kontekst, som sykepleier må forholde seg til.

Referanseliste

- Biermann, K. U. (1996). *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori: En innføring*. Oslo: Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning.
- Bjørnnes, A. K. & Gjevjon, E. R. (2019). Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. *Sykepleien Forskning*, 14(78806):(e-78806).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78806>
- BMC. (u.å.). Peer review process. Hentet fra
<https://www.biomedcentral.com/getpublished/peer-review-process>
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practise. *Journal of clinical nursing*, 20(23), 3322-3330.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patient's experiences of lifestyle discussions Bsed on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Chen, J., Zhao, H., Hao, S., Xie, J., Ouyang, Y. & Zhao., S. (2018). Motivational interviewing to improve the self-care behaviour for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing*, 5(3), 213-217.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.012>
- Creber, R. M., Patey, M., Lee, C. S., Kuan, A., Jurgens, C. & Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF

- randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 256-264.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.031>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – Personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elsevier. (2018a). Patient education and counseling. Hentet 10.12.19 fra
https://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505955?generatepdf=true
- Elsevier. (2018b). International journal of nursing sciences: Author Information Pack. Hentet 10.12.19 fra <https://www.elsevier.com/journals/international-journal-of-nursing-sciences/2352-0132?generatepdf=true>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fålnun, N., Instenes, I. & Norekvål, T. M. (2013). Hjertesvikt krever spesialistkompetanse. *Sykepleien*, 101(13), 68-70.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0127>
- Halse, K. (2013). Eldre syke pasienter – utfordringer ved helseveiledning. I B. Christiansen (Red.) *Helseveiledning* (s. 108-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, J., Lyngvær, E. K. & Grønning, K. (2016). Gode erfaringer med brukermedvirkning. *Sykepleien*, 104(11), 44-45.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59391>
- Helsebiblioteket. (2018a). Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Hentet 10.12.19 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2018b). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 18.02.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsebiblioteket. (2019). Hjertesvikt – hva kan du gjøre selv? *BMJ Best Practice*. Hentet 19.03.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/hjerte-og-kaer/hjertesvikt-hva-kan-du-gjore-selv>

Helsedirektoratet. (2017a). Motiverende intervju som metode. Hentet 02.12.19 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2017b). *Tiltakspakke for trygg utskrivning med pasienten som en likeverdig part*. Hentet fra 03.12.19 https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/trygg-utskrivning/_/attachment/inline/470964d3-b378-4c12-8aa0-7d9f1852fde1:1bc93a2046ddb9032c2c546f2f3ba3b40deca3e7/tiltakspakke-for-trygg-utskrivning-september-2017-v3.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer – kapittel 2: Krav til helsepersonells yrkesutøvelse* (rundskriv). Hentet 03.12.19 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse>

Helsefremmende arbeid. (u.å.). I *Forebygging.no/ordbok*. Hentet 12.03.20 fra <http://www.forebygging.no/ordbok/f-k/helsefremmende-arbeid/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 (2008–2009)). Hentet 12.03.20 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. (Prop. 90 L (2010-2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*. (NCD-strategi (2013-2017)). Hentet 12.03.20 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_st_rategi_060913.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga – gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. 19 (2018-2019)). Hentet 11.03.20 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/mn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_7
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hestvold, I. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn. (Red.). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-161). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jiang, Y., Shorey, S., Seah, B., Chan, W. X., Tam, W. W. S. & Wang, W. (2018). The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure – A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 78(2),16-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.006>
- Journal of Clinical Nursing. (u.å.). Journal of Clinical Nursing Author Guidelines. Hentet 26.03.20 fra <https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/13652702/homepage/forauthors.html>

- Kirkevold, M. (2014a). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg. s. 106-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014b). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 122-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I Grimsbø, G. H (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjoner* (3 utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 13.03.20 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvåle, R., Nguyen, T. T. & Slungård, G. F. (2019). Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018. Hjerte- og karregisteret: Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018. *Folkehelseinstituttet*. Hentet 28.03.20 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (12.03.2019). Hjertesvikt. Hentet 19.01.20 fra <https://www.ldh.no/bibliotek2/retningslinjer-for-oppgaveskriving-referanser-og-referanseliste--8046>
- Mekanisme. (2020). I *Bokmålsordboka* (nettutgave). Hentet 30.03.20 fra https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+mekanisme&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- Miller, W. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale – støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Norsk Helseinformatikk. (2018). Kronisk hjertesvikt. Hentet 02.12.19 fra <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hjertesvikt-kronisk/>
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2016). T 8.6.1 Kronisk hjertesvikt. Hentet 02.12.19 fra https://www.legemiddelhandboka.no/T8.6.1/Kronisk_hjertesvikt
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2017). T8.6 Hjertesvikt. Hentet 02.12.19 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T8.6/Hjertesvikt>
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). Forsvarlighet – om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie. (4. utg.). Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 01.11.19 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Opdahl, T. H., Sveinsdottir, V. & Holm, M. S. (2015). Hjertepasienter tar ikke medisiner riktig. *Sykepleien*, 103(10), 46-49. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55296>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2
- Pripp, A. H. (2017). Antalls- og styrkeberegninger i medisinske studier. *Tidsskr Nor Legeforen*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0414>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Renpenning, K. M. & Taylor, S. G. (2003). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company.

Riegel, B., Creber, R. M., Hill, J., Chittams, J. & Hoke, L. (2016a). Effectiveness of Motivational Interviewing in Decreasing Hospital Readmission in Adults With Heart Failure and Multimorbidity. *Clinical Nursing Research*, 25(4), 362-377.
<https://doi.org/10.1177%2F1054773815623252>

Riegel, B., Dickson, V. V., Creber, R. M. & Streur, M. (2017). Mechanisms of change in self-care in adults with heart failure receiving a tailored, motivational interviewing intervention. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 283-288.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.030>

Riegel, B., Dickson, V. V. & Faulkner, K. M. (2016b). The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226-35.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>

Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V. & Carlson, B. (2010). An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485-497.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Statistisk sentralbyrå. (2011). Pasienter på sykehus, 2010. Hentet 20.03.20 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2011-05-24>

Statistisk Sentralbyrå. (2020). Fakta om befolkningen. Hentet 20.03.20 fra <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>

- Stubberud, D.-G. (2013a) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013b). Pasientens psykososiale behov: Konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 42-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- The Commonwealth Fund. (u.å.) *The Swedish Health Care System*. Hentet 18.03.20 fra <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. (2013). Empati – ulike forståelser. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 362-367. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0167>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 11.03.20 fra <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- World Health Organization. (2011). *Global Health and Ageing*. Publication no. 11-7737. Hentet 19.03.20 fra https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- World Medical Association. (u.å.). Declaration of Helsinki: Medical Research Involving Human Objects. Hentet 19.02.20 fra <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/?fbclid=IwAR0E215qxI2eOPrBTib6bsNi6N-MHbGyzepY-fJmmQryaTxx2yBhc6AYWTo>
- Ørn, S. & Brundvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 163-201). Oslo: Gyldendal Akademisk.