

Økt egenomsorg-motiverende samtale ved kronisk hjertesvikt

Hvordan kan motiverende intervju utført av sykepleier føre til økt egenomsorg hos voksne pasienter med kronisk hjertesvikt?

Kandidatnummer: 366
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8997
Dato: 12.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.04.2021
Tittel Økt egenomsorg- motiverende samtale og kronisk hjertesvikt	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvordan kan motiverende intervju utført av sykepleier føre til økt egenomsorg hos voksne pasienter med kronisk hjertesvikt?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Det teoretiske perspektivet gjør rede for kronisk hjertesvikt og dens patofysiologi og behandling, knyttet opp mot Dorothea Orems egenomsorgsteori. Deretter presenteres sykepleierens ansvars-og funksjonsområder, etiske og juridiske rammeverk og til slutt motiverende intervju; en metode for samtale.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Bacheloroppgaven er en litterær oppgave der utvalgt faglitteratur og seks vitenskapelige artikler er anvendt for å besvare problemstillingen. Det er gjort søk på PubMed og CINAHL med følgende søkeord: «Chronic heart failure», «heart failure», «motivational interview», «experiences», «patient», «patient perspective», «self-care», «self-managment».</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Faglitteratur, forskning og egne erfaringer er benyttet for å se problemstillingen fra ulike vinkler. Egenomsorg er en viktig faktor i behandling av kronisk hjertesvikt, men pasienter mangler ofte kunnskap, motivasjon eller annet for å utføre disse. Sykepleier kan benytte MI som en effektiv intervensjon, men dette forutsetter både klinisk kompetanse og god opplæring i MI, riktig kontekst og tid.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Egenomsorg ved kronisk hjertesvikt er viktig for å forebygge forverring av symptomer og prognose, men det kan være utfordrende for pasienten å utføre.</p> <p>Motiverende intervju kan ha god effekt på økt egenomsorg og vedlikehold av denne når sykepleier benytter metoden. Sykepleier spiller en viktig rolle i å utføre et godt samarbeid med pasienten, der man sammen jobber for å ambivalens, øke kunnskap og veilede mot økt egenomsorg.</p>	

(Totalt antall ord:229)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Kontekst, avgrensing og presisering	2
1.4 Disposisjon.....	3
2 Teoretisk grunnlag	3
2.1 Kronisk hjertesvikt.....	3
2.2 Symptomer og NYHA-skala	3
2.3 Behandling og konsekvenser.....	4
2.4 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder.....	5
2.5 Egenomsorg og sykepleierteoretisk perspektiv.....	6
2.5.1 Orem's sykepleierteori.....	6
2.5.2 Egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet.....	6
2.5.3 Orem om egenomsorgssvikt og sykepleierrollen	7
2.6 Egenomsorg tilknyttet kronisk hjertesvikt.....	7
2.7 Motiverende intervju- en metode for samtale.....	8
2.7.1 De fire prosesser i MI.....	8
2.7.2 Åpne spørsmål og refleksiv lytting	10
2.7.3 Informasjonsformidling ved MI	10
2.8 Lover og sykepleierens etiske rammeverk	11
3. Metode	12
3.1 Valg av metode, databaser og søkeord.....	12
3.2 Gjennomføring av litteratursøk	12
drøftingskapittel.....	12
3.2.1 Inklusjonskriterier.....	15
3.3 Øvrig faglitteratur	16
3.4 Kilderkritikk	16
3.5 Etske vurderinger	18
4. Presentasjon av forskningsartiklene.....	18
5. Drøfting	21
5.1 Sykepleier må avdekke pasientens grad av egenomsorg.....	21
5.2 Viktighet av å fremme pasientperspektivet og pasientens ekspertise	22
5.3. Tilpasset informasjon for økt egenomsorg	23
5.4 Mekanismer innen prosessene i MI som kan føre til økt egenomsorg.....	24
5.5 Sykepleiers kompetanse og kontekst er forutsetning for god effekt	26
6.Konklusjon.....	27
7. Litteraturliste.....	28

1. Innledning og bakgrunn

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kronisk hjertesvikt er en av de viktige sykdommene i allmennpraksis og er den sjettede mest frekvente kroniske sykdommen i Norge (SSB, 2018). Det er estimert at opp mot hundre tusen nordmenn har denne tilstanden som er en vanlig innleggelsesårsak (Stubberud, 2016). At sykdommen både er kronisk og progredierende indikerer at pasienten kan møte på store utfordringer knyttet til symptomer og mestring av en ny hverdag. Ikke bare er pasienten utsatt for kroppslige symptomer og tap av funksjonsevne som kan oppleves uforutsigbare og skremmende; kronisk hjertesvikt kan gå utover pasientens evne til livsutfoldelse (Heggdal, 2008). Det er ofte behov for symptomlindrende og livsforlengende behandling, noe som kan innebære en stor omveltning for pasienten og stille nye krav til egenomsorg (Cavanagh, 1999).

Det å kunne mestre helseutfordringer med større grad av selvstendighet har fått økende oppmerksomhet i helsepolitikken, der regjeringen ønsker å skape «pasientens helsetjeneste».

Økt andel med kronisk sykdom, eldre og færre yrkesaktive er del av den dominerende tendensen i norsk helsevesen. Dette krever en omstrukturering; der pasientens stemme blir lyttet til og helsepersonell legger til rette for samtale og brukermedvirkning, noe som også er lovpålagt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2). Det er nå et nasjonalt mål å legge mer vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid, med riktig oppfølging og dialog som kan bidra til økt mestring og egenomsorg (Meld. St. 26 (2014-2015), s.9). Dette viser et behov for sykepleie som ivaretar pasientens stemme og det som oppleves nyttig for vedkommende, som samtidig kan styrke og utvikle pasientenes grad av egenomsorg (Cavanagh, 1999). Sykepleier har en viktig rolle i arbeidet med pasienter diagnostisert med kronisk hjertesvikt, ofte fra flere nivåer i helsetjenesten. Kronisk hjertesvikt kan innebære både behov for medisinsk, kirurgisk og psykisk behandling og oppfølging, og det vil dermed være et mangfold av potensielle møtepunkter mellom sykepleier og pasient (Brunvand & Ørn, 2017). Eksempler er egne rehabiliteringsprogram for hjertesvikt, på sengpost, på sykehjem, i hjemmesykepleien, ved frisklivssentraler og poliklinikker.

Som blivende sykepleier ble jeg svært inspirert da jeg under forelesning fikk høre om motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter. Hvordan sykepleier, ved hjelp av tilpasset kommunikasjon i stor grad kan øke pasientens egen motivasjon til å styrke helsefremmende og forebyggende aspekter ved egen helse, finner jeg meget inspirerende. I to ulike praksisperioder har jeg møtt sykepleiere som aktivt benytter motiverende intervju, og dette har gitt meg et innblikk i en måte å fremme pasientperspektivet og dets egne ressurser. Etter lærerike praksisperioder og arbeid med både KOLS og spesielt hjertesvikt, har jeg fått personlig interesse for kronisk sykdom og hvordan man kan øke egenomsorg gjennom tilpasset kommunikasjon og økt brukermedvirkning. Sykepleier står også her i en særstilling hva gjelder å undersøke

grad av motivasjon, styrke pasientens helsefremmende og forebyggende atferd og gi relevant informasjon (Stubberud, 2016).

Derfor ble det å knytte sammen sykepleiers anvendelse av motiverende intervju, og dens effekt i forhold til egenomsorg og kronisk hjertesvikt en spennende utfordring.

1.2 Problemstilling

At pasienten utøver egenomsorgshandlinger som både er forebyggende og helsefremmende, er en viktig del av behandlingen ved kronisk hjertesvikt. Dette krever ofte omfattende livstilssendring og etterlevelse av behandling, og forutsetter en viss grad av motivasjon hos pasienten. Dette kan potensielt fremmes ved bruk av MI (Stubberud, 2016; Miller & Rollnick, 2016). Økt motivasjon til å gjøre nødvendig endringer relatert til egenomsorg, kan potensielt styrkes ved bruk av motiverende intervju (Miller & Rollnick, 2016).

Hensikten med denne oppgaven er følgelig å undersøke hvordan sykepleiers bruk av motiverende intervju kan styrke egenomsorg hos voksne pasienter med kronisk hjertesvikt.

Problemstillingen lyder derfor som følger:

Hvordan kan motiverende intervju utført av sykepleier føre til økt egenomsorg hos voksne pasienter med kronisk hjertesvikt?

1.3 Kontekst, avgrensning og presisering

Konteksten for denne oppgaven er en medisinsk poliklinikk, der pasienten nå mottar veiledning i form av motiverende intervju omkring kronisk hjertesvikt. Bakgrunn for valg av denne konteksten er at «det er spesielt én gruppe som får systematisk oppfølgingstilbud, nemlig pasienter med hjertesvikt» (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 448). Pasienten er nylig diagnostisert og er i stabil fase, der den polikliniske intervensjonen gjøres et halvt år innen et halvt år etter statuert kronisk hjertesvikt. Det er tiltenkt at pasienten kan oppleve milde til moderate symptomer på hjertesvikt, og at sykdommen nå forutsetter langvarig behandling og tilpassede egenomsorgshandlinger. Pasienten er 60+, kognitivt klar og har ikke multimorbiditet av signifikant karakter. Både menn og kvinner er aktuelle i sammenheng med min problemstilling. Årsaken for å begrense til denne aldersgruppen, er det faktum at majoriteten av de diagnostisert med kronisk hjertesvikt ofte er eldre voksne, der prevalensen øker etter fylte 70 (Brunvand & Ørn, 2017). Oppgaven begrenses til å omhandle pasienter med symptomer i NYHA-klasse I-II, og ikke III-IV. Dette for å inkludere pasienter som i større grad kan utføre konkrete fysiske egenomsorgshandlinger i

hverdagen, i motsetning til pasienter III-IV, som bærer preg av forverrede symptomer og mer alvorlig prognose (Stubberud, 2016).

1.4 Disposisjon

I denne oppgaven vil det bli presentert en teoretisk referanseramme basert på faglitteratur og lovtekster, metodisk framgangsmåte og funn fra seks vitenskapelige artikler. Dette vil så bli implementert i drøftingen; der teori, vitenskapelige resultater og egne erfaringer vil bli belyst og diskutert, i mål om å besvare problemstillingen.

2 Teoretisk grunnlag

2.1 Kronisk hjertesvikt

Ved optimal hjertefunksjon pumper hjertet nok blod til å møte kroppens metabolske behov. Dette vil si at pumpefunksjonen tilpasser seg menneskets fysiske anstrengelse, og at den øker ettersom den fysiske anstrengelsen aktiveres. Når denne evnen til å pumpe blod er svekket, vil det medføre redusert minuttvolum og med tiden kunne resultere i hjertesvikt. Ved en begynnende hjertesvikt vil våre kompensasjonsmekanismer godte gjøre at hjertet fungerer tilfredsstillende, men etterhvert vil hjertet bli utsatt, både hva gjelder fylningssvikt (diastolisk svikt), og systolisk svikt (pumpesvikt). Ved den kroniske formen for hjertesvikt, vil en ofte se at man over tid utvikler hjertesvikt, ettersom de kompenserende mekanismene slites ut (vand & Ørn, 2017). Det er en rekke tilstander og risikofaktorer som kan forårsake kronisk hjertesvikt; slik som hypertensjon, gjennomgått hjerteinfarkt, diabetes og fedme (FHI, 2020)

2.2 Symptomer og NYHA-skala

Ettersom den kroniske hjertesvikten progredierer, vil pasienten oppleve økende grad av symptomer. I startfasen av sykdomsforløpet vil dyspné ved ulike anstrengelser, tretthet, nedsatt evne til å gjøre hverdagslige aktiviteter, prege pasienten (Stubberud, 2016). Etterhvert vil symptomer som hjertebank, deklive ødemer, vektøkning, nedsatt matlyst, hoste, ascites kunne komme i økende grad. De ulike fysiologiske symptomene utspiller seg i ulik grad, og pasientens plager variere fra å være overkommelige, der pasienten kan leve i tråd med egne ønsker, men så bli betydelig forverret i form av en eksaserbasjon. Sistnevnte kan kreve akutt medisinsk behandling ved sykehus (Wyller, 2019). Kartlegging av sykdom og evne til fysisk anstrengelse klassifiseres i NYHA-skala, som viser spennet fra asymptomatisk til betydelig dyspné. Dette vil

ha betydning for hvilken behandling pasienten bør motta, samt hvilken prognose vedkommende har (Brunvand & Ørn, 2017).

NYHA-klasse	Fysisk arbeidskapasitet	Dyspné	Eksempler på fysisk begrensning/symptomutløsning
1	Ingen svekkelse	Ingen	Ingen
2	Redusert yteevne ved moderate fysiske anstrengelser	Dyspné ved moderate fysiske anstrengelser	Rask gange i oppoverbakke
3	Redusert yteevne ved lette fysiske anstrengelser	Dyspné ved lette fysiske anstrengelser	Rolig gange på flat mark. Kle på seg, utføre daglige gjøremål i huset.
4	Orker ingenting	Dyspné ved den minste fysiske anstrengelse	Selv den minste anstrengelse gir symptomer.

Tabell hentet fra L. Brunvand og S. Ørn, 2017. Sykdom og behandling, 2. utg, s.178. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Utover de somatiske konsekvensene, rapporteres det om om nedsatt livskvalitet, depresjon, relasjonelle problemer og angst knyttet til eksaserbasjoner, samt usikkerhet i hvordan å håndtere det en ny livssituasjon (Stubberud, 2016). Samlet vil symptomene innvirkning i pasients liv og hverdag kunne skape store utfordringer knyttet til både livsutfoldelse. Dette vil altså kunne kreve behandling fra flere hold, både gjennom egenomsorg og ulike behandling fra ulike nivåer av helsetjenesten, der sykepleier kan bidra til en helhetlig behandling (Brunvand & Ørn, 2017).

2.3 Behandling og konsekvenser

Hvorvidt pasienten behøver omfattende behandling, avhenger av hjertesviktens alvorlighetsgrad og i hvilken grad symptomene påvirker pasientens tilstand. Når en slik tilstand behandles, etterstrebes det at man ved behandling forsøker å både redusere hjertets arbeid, optimalisere hjerteminuttvolumet og også informerer og øker pasientens kompetanse i forhold til egenomsorg og hvordan leve med sykdommer (Eikeland, Stubberud, Haukeland, 2017). Vanligvis behandles hjertesvikt fra flere hold, med tilpasset kosthold som gjerne er saltreduert, væskerestriksjoner, endring og tilpasning av aktivitetsnivå, årlig influensavaksine, og

å være oppmerksom på symptomer på forverring. Det samme gjelder å følge doseringer av medikamenter som er forordnet av lege, da riktig medikamentell behandling både kan forlenge og forbedre pasientens liv (Stubberud, 2016). I den medisinske behandlingen inngår ofte en kombinasjon av preparater, slik som ACE-hemmere, betablokkere, aldosteronantagonister og diuretika. Dette for både å redusere ødemer, hjertefrekvens og energiforbruk, samt å øke hjertets kontraksjonskraft (Ørn, 2018).

Det er altså en rekke aspekter av pasientens liv som vil kreve store endringer for å både redusere risikofaktorer og forebygge forverring; både i forhold til ernæring, aktivitet, sosialisering, arbeidsliv, søvn og seksualliv. Da hjertesvikten er av kronisk karakter, vil pasienten ha mulighet til å bli kjent med egen kropp over tid. Dette kan være tidkrevende arbeid og medføre både prøving og feiling i forhold til livstilsendring og livsutfoldelse. En balansegang, der man ikke overvurderer egne krefter og samtidig ikke er passiv, er en viktig del av behandling og forebygging av ytterligere symptomer (Eikeland, Stubberud, Haukeland, 2017).

2.4 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Sykepleier kan møte den kronisk hjertesyke i et bredt utvalg av ulike kontekster, både i akutte og stabile faser i sykdomsforløpet. Dette gir mulighet for å inkludere flerfoldige av sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I ønske om å knytte egenomsorg til sykepleiers bruk av motiverende intervju i en poliklinisk setting, vil den helsefremmende og forebyggende-, og spesielt den veiledende funksjon få spesielt fokus her.

Når pasienten støttes til å få økt kontroll, personlig kompetanse og innsikt i hva som styrker egen helse og opplevelse av velvære, utøver sykepleier sin helsefremmende funksjon. Essensen her er at alle, både de med minimale behov for helsehjelp og de som måtte leve med langvarig og alvorlig sykdom, har mulighet til å fremme egen helse (Kristoffersen et al., 2016).

Den forebyggende funksjonen blir fremtredende når man aktivt reduserer de faktorer som kan forårsake og forverre sykdom. Ved kronisk sykdom og funksjonssvikt, betyr dette at sykepleier arbeider med å forhindre ytterligere komplikasjoner og å forsinke den progredierende svikten (Kristoffersen et al., 2016). Konkret innebærer dette eksempelvis å formidle sammenhengen mellom ødemer og vektøkning, for at pasienten skal å forstå hensikten med daglig vektkontroll (Stubberud, 2016). I denne sammenheng utøver sykepleier også en viktig veiledende funksjon. Her inngår utforskning av pasientens behov, samarbeid, tilpasset formidling av informasjon og rådgivning. (Kristoffersen et al., 2016).

Sykepleiers kommunikative ferdigheter og evne til å veilede der det trengs er viktig i arbeidet med den kronisk syke. Som del av pasientsentrert omsorg, lytter sykepleier aktivt til pasienten og bidrar til å skape en helhetlig forståelse av livssituasjonen og hvordan det oppleves å leve med sykdommen (Eriksen, 2015). Både helsefremming, forebygging, veiledning og kommunikasjon er viktige funksjons- og ansvarsområder ved hjertepoliklinikk, der sykepleier spiller en sentral rolle (Stubberud, 2016).

2.5 Egenomsorg og sykepleierteoretisk perspektiv

2.5.1 Orems sykepleierteori

Hvordan sykepleier kan fremme pasientens egenomsorg er utforsket og skildret av sykepleierteoretiker Dorothea Orem. Hennes egenomsorgsteori som har fått stor innflytelse i helsevesenet, både på verdensbasis og Norge (Cavanagh, 1999).

Egenomsorg sikter til de handlinger som pasienten utøver idet han fremmer egen helse og velvære. Dette er handlinger som må læres og tilpasses pasienten der han er nå, slik at handlingene er fornuftige i forhold til egen helsetilstand. Kunnskapen om riktig handlingsvalg avhenger av pasientens tilgang til fagfolk og deres evne til å gi omsorg, samt pasientens miljø, alder og kultur (Cavanagh, 1999). Ifølge Orem har pasienten stor innflytelse hva gjelder å opprettholde helse og utføre handlinger som forebygger videre forverring, som en del av hensiktsmessige egenomsorgsrutiner. Forutsetningen for å løse eventuelle problemer, slik som nyoppdaget sykdom eller forverring av eksisterende diagnose er at individet utforsker, søker informasjon og blir kjent egne egenomsorgskrav (Cavanagh, 1999)

2.5.2 Egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet

Alle mennesker har universelle egenomsorgskrav, noe Orem har valgt å dele inn i åtte. Dette spenner fra det å ha tilstrekkelig luft, tilstrekkelig tilførsel av vann, balanse mellom aktivitet og hvile, til samvær med andre. Hvordan disse behovene presenterer seg varierer utifra pasientens helsetilstand (Kirkevold, 1998)

I tillegg til de universelle kravene, eksisterer det en sykdomsrelaterte kategori kalt «egenomsorgskrav knyttet til helseavvik». Den sikter til seks ulike helserelaterte krav som oppstår dersom pasienten blir utsatt for skade, funksjonssvikt, får konstatert en medisinsk diagnose eller mottar behandling (Kirkevold, 1998). Det å møte omsorgskravene forutsetter en viss egenomsorgskapasitet, både kunnskap, vilje og fysisk evne til å dekke disse behovene (Cavanagh, 1999).

2.5.3 Orem om egenomsorgssvikt og sykepleierrollen

Egenomsorgssvikt oppstår når pasienten på grunn av manglende kapasitet, ikke klarer å møte de egenomsorgskravene som stilles i ulike situasjoner. Det oppstår et misforhold mellom det som kreves av handlinger for å opprettholde og fremme helse og velvære, og den faktiske kapasiteten pasienten besitter til å utføre disse. Barrierer som skaper utfordringer og begrensinger i forhold til egenomsorg kan være mangel på tilstrekkelig kunnskap, manglende evne til å bedømme tiltak og evne til å utføre de (Kirkevold, 1998) . For å sikre at kravene blir møtt kan sykepleier utforske og identifisere egenomsorgssvikt, og deretter gjøre tiltak å øke pasientens evne til egenomsorg (Kirkevold, 1998). Orem utdyper at sykepleier har en viktig rolle i det å informere og motivere pasienten til å implementere egenomsorgsaktiviteter i sin hverdag (Cavanagh, 1999).

2.6 Egenomsorg tilknyttet kronisk hjertesvikt

Egenomsorg er et begrep som beskriver hvordan et individ håndterer det å bli rammet av fysisk eller psykisk funksjonssvikt. Ulike forebyggende og helsefremmende handlinger kan utøves av pasienten, gjerne en kombinasjon av å lytte til kroppens egne signaler og samtidig følge profesjonelle anbefalinger. (Cavanagh, 1999).

I begrepet egenomsorg ligger det mye selvstendig ansvar på pasienten, der brukermedvirkningen er tydelig. En kan altså handle for sitt eget beste ved at man benytter egen kunnskap og erfaring i arbeidet med å finne løsninger som forebygger ytterligere forverring og som samtidig ivaretar egen helseaktiva. Dette utspiller seg idet pasienten gjør konkrete handlinger som daglig vektkontroll, spiser saltreduert mat, viser god compliance i forhold til medikamenter, utøver tilpasset fysisk aktivitet og tar årlig influensavaksine (Stubberud, 2016). For den kronisk hjertesyke vil egenomsorgen også utvises når pasienten kjenner til symptomer på forverring, slik som dyspné, og dermed kontakter helsevesenet før tilstand blir akutt og potensielt livstruende.

Tilpasset egenomsorg ved kronisk sykdom vil kunne forebygge ytterligere funksjonssvikt og alvorlige forverringer, noe som både forhindrer det som kan bli smertefull, kostbar og tidkrevende behandling i ulike nivåer av helsetjenesten (Brunvand & Ørn, 2017) .

2.7 Motiverende intervju- en metode for samtale

Pasienter har ofte store muligheter til å selv motvirke utvikling av sykdom, og utføre helsefremmende handlinger som forsinker sykdomsutvikling, øker livskvalitet og levetid. Endringene som må gjøres for å styrke egen helse vil kreve både kunnskap, motivasjon og atferdsendring. Dette er noe som åpner for å involvere helsepersonell, der sykepleier kan fremme endring og styrke motivasjon ved hjelp av ulike kommunikasjonsmetoder. Motiverende intervju (MI), som er en målfokusert og forskningsbasert samtalemethode, er et eksempel på dette (Miller & Rollnick, 2016).

MI har blitt benyttet til å behandle et bredt spekter av lidelser og funksjonssvikt, der alkoholavhengighet har vært hovedproblematikken, men som i dag blir i dag benyttet i behandling av diabetes, høyt blodtrykk, høyt kolesterol med mer. Hos pasienter som har behov for vektnedgang eller rusavvenning har MI hatt spesielt god effekt, og også ved hjerte- og karlidelser har (Hestvold, 2018).

MI, er i motsetning til andre kliniske samtalemeter, en svært personorientert rådgivningsstil der en arbeider *sammen* med pasienten om endring av helsevaner. En sykepleier inntar med andre ord ikke en styrende posisjon, men inngår heller et partnerskap der en veileder, lytter, engasjerer, viser åpenhet, og støtter pasientens autonomi. Pasienter er involvert i alle stegene i egen endringsprosess og de planer og handlinger som utformes skal være i tråd med pasientens individuelle ønsker (Miller & Rollnick, 2016).

Ved anvendelse av metoden er aksept, medfølelse, fremkalling og samarbeid viktige elementer i MIs holdningssett. I stedet for å kun tilføre kunnskap og forvente at råd blir fulgt, har den pedagogiske tilnærmingen fokus på å bygge på kunnskap som pasienten allerede besitter. Dette har vist seg mer effektivt enn å fokusere på hva pasienten *ikke* kan og *ikke* mestrer. En skal altså både anerkjenne sykepleiers ekspertise i forhold til behandling og samtidig anse pasienten som ekspert på egen kropp . I en samarbeidsrelasjon vil altså et likeverdig forhold kunne forme og skape varig endring, tilpasset hva pasienten anser som viktig, ønskelig og overkommelig i sitt sykdomsforløp (Miller & Rollnick, 2016)

2.7.1 De fire prosesser i MI

I utøvelsen av MI er det fire prosesser som skaper rammeverket for sykepleiers utøvelse av samtalen; engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge. Dette er kontinuerlige prosesser for å løsne opp i ambivalens og styrke motivasjon til helserelatert atferdsendring.

Å engasjere vil si at man skaper en god samarbeidsrelasjon bygget på åpenhet og tillit.

Kommunikasjonsferdigheter som å kunne lytte, vise empati, gi støtte, reflektere og oppsummere det pasienten sier er viktige elementer i å skape en allianse. Idet en danner en relasjon skal sykepleier unngå feller som: å passivisere pasienten med en masse spørsmål, fremme seg selv som eneste ekspert, være den som velger mål og samtaletema, beskyldte pasienten for problemet, og sette merkelapper uten hensikt. Dette er feller som vanskeliggjør det å engasjere pasienten (Miller & Rollnick, 2016) Dette vil også innebære å håndtere motstand, når en pasient ikke viser vilje eller engasjement rundt de endringer som kreves i eget helsefremmende arbeid (Hestvold, 2018).

Å fokusere handler om å ta en strategisk retning for den motiverende samtalen (Miller & Rollnick, 2016). For å gjennomføre en endring er dette essensielt for å vite hvor man skal med samtalen, og retningen velges ideelt sett i samarbeid mellom pasient og behandler. En velger og orienterer seg i hva som for eksempel tematikk og mål for samtalen, slik som å finne balansen mellom fysisk aktivitet og hvile, utføre kostholdsendring eller symptomhåndtering. Dette er et viktig steg i prosessen før man går over til fremkalling og planlegging av endringshandlinger. At fokus skifter, eller at ambivalens og ulike prioriteringer vanskeliggjør en klar retning er ikke uvanlig (Miller & Rollnick, 2016) .

Å fremkalle handler om å skape motivasjon og forpliktelse hos pasienten, idet en endring skal skje. Årsakene til endringene må fremkalles, slik at det å gjøre endringer virker attraktivt. Det vil si at pasient og sykepleier samarbeider om å peke på de positive konsekvensene av endring (Miller & Rollnick, 2016). Opplevelsen av ambivalens er ikke uvanlig, og betegner opplevelsen av å se både fordeler og ulemper ved endring. Man argumenterer for og imot, og velger etterhvert å gjøre endringer eller å la situasjonen forbli slik den er. Når ambivalensen viser seg ved at pasienten snakker om fordeler eller ønske om å endre vaner, kalles dette endringssnakk, som av sykepleier bør lyttes til og benyttes for videre utforskning av motivasjon. Endringssnakk er «alle formuleringer fra personen selv som argumenterer for endring» (Willer & Rollnick, 2016, s.191). Idet sykepleier skal støtte oppunder endringssnakk som kan lede til en faktisk handling, skal en være varsom med å virke konfronterende og gi råd som ikke er etterspurt. Det er velkjent at man som behandler kan ha en *korrigeringsrefleks*. Dette oppstår når man i hjelperollen korrigerer, kun fokuserer på alle de gode grunnene til endring og ikke lytter til pasientens argumenter (Miller & Rollnick, 2016) På tross av at dette ofte kun er velment, kan lede til disharmoni, som av pasienten kan uttrykkes gjennom både stillhet, tilbaketrekning, sinne, krangel eller avbrytelser av sykepleier (Hestvold, 2018).

Å planlegge

Når tilstrekkelig motivasjon er tilstede til å gjennomføres en endring, har man behov for en konkret handlingsplan. At pasienten er klar for denne fasen kjennetegnes ofte ved økt endringssnakk der argumenter

som veier mot endring Denne formuleres i planleggingsfasen, altså overgangen fra tenkt endring til faktisk handling. En skal samarbeide med pasienten, tilføre ekspertise der det trengs og ikke gå for fort frem i det man legger en personorientert endringsplan (Miller & Rollnick, 2016)

2.7.2 Åpne spørsmål og refleksiv lytting

MI forutsetter at man bruker ulike kommunikasjonsferdigheter slik som åpne spørsmål og refleksiv lytting. Åpne spørsmål, det motsatte av lukkede spørsmål, inviterer til en dialog der pasienten selv kan velge hvordan han ønsker å svare.

I alle de øvrige fasene kan en benytte seg av refleksiv lytting, en grunnferdighet i MI. I stedet for å stille spørsmål responderer man på pasientens utsagn, med en påstand. Denne er basert på det man tror pasienten ønsker å formidle, og viser at man ønsker å forstå det som blir sagt (Hestvold, 2018). Idet man reflekterer tilbake, kan man snakke om bestemte tema som pasienten har tatt opp, og dermed rette samtalen mot målet. Utøver av MI bør ha en balanse mellom åpne spørsmål og reflekterende lytting (Miller & Rollnick).

2.7.3 Informasjonsformidling ved MI

Sykepleier kan besitte viktig fagkunnskap rundt symptomer, behandling, råd rundt anbefalt livsstil og kunne ha et ønske om å videreformidle dette (Stubberud, 2016). Sykepleier som benytter MI, skal en unngå å innta en autoritær ekspertrolle der hun informerer og forteller hva pasienten skal gjøre og hvordan dette skal gjøre; kun basert på egen erfaring og hva hun selv anser som beste tiltak. For å handle i tråd med MI kan sykepleier anvende sekvensen U-T-U; en forkortelse for å utforske, tilføre og igjen utforske (Hestvold, 2018).

Når sykepleier utforsker, kartlegges man forhåndskunnskaper, altså hva pasienten allerede besitter av informasjon rundt eksempelvis livsstil, behandlingsplan og egen sykdom. Når en så skal tilføre informasjon, etter spørsmål og godkjenning fra pasient, kan en tilføre den små og tilpassede porsjoner av informasjon som av pasienten anses relevant. Dette kan også skje når pasienten selv stiller spørsmål og ønsker informasjon. Deretter kan man igjen utforske hva han tenker om dette, ved bruk av åpne spørsmål.

Forøvrig skal språket som benyttes i alle deler av samtalen bestå av forståelige ord som erstatter kompliserte «fagord», der dette er mulig (Miller & Rollnick, 2016).

2.8 Lover og sykepleierens etiske rammeverk

Helselovgivningen vektlegger at pasienten skal ha mulighet til selvbestemmelse og kunne medvirke aktivt i behandlingsvalg (Kristoffersen et al., 2016). Blant annet legges det av pasient-og brukerrettighetsloven ulike føringer for hvordan helsepersonell jobber i samarbeid med pasienten (Molven, 2016). Når det er ulike tjenesteformer og undersøkelses-og behandlingsmetoder som skal utføres, har pasienten rett til å medvirke i valg av disse (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1.)

Videre skal helsepersonell også informere på en forståelig måte, slik at pasienten innehar kunnskap om egen helsetilstand, helsehjelp som gis, risikoer og bivirkninger. En skal kommunisere denne informasjonen på en måte som er tilpasset pasientens «alder, modenhet, erfaring og kultur-og språkbakgrunn» og sikre at pasienten har innsikt i hva denne informasjonen betyr. Når pasienten uttrykker at han ikke ønsker informasjon skal dette respekteres, med mindre det er lovbestemt eller forebyggende mot skadevirkninger av helsehjelpen (pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2, §3-5).

Autonomiprinsippet er svært aktuelt i denne sammenheng, der sykepleier alltid skal være bevisst pasientens rolle i eget liv, og at pasienten allerede kan ha kunnskap og forutsetninger for å ivareta egenomsorg prioriteres (Brinchmann, 2016).

Innenfor etikken er også de yrkesetiske retningslinjer, som blant annet sier at sykepleier både skal fremme helse og forebygge sykdom, understøtte håp og mestring, selvstendiggjøre pasienten og gi tilpasset informasjon, i tillegg til å holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap.1-5)

3. Metode

3.1 Valg av metode, databaser og søkeord

«Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2020, s. 53). Etter høgskolens retningslinjer for bacheloroppgave, er dette en litterær oppgave. Det vil si at i søken på å svare på problemstillingen er det benyttet allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2020, s.199). Valgte databaser er PubMed og CINAHL, der PubMed inkluderer medisinsk forskning og CINAHL som referer til litteratur spesielt rettet mot sykepleie og også, fysioterapi, ergoterapi og ernæring (Helsebiblioteket, u.å).

3.2 Gjennomføring av litteratursøk

I oppstarten av prosessen med å skrive bachelor, gjorde jeg søk gjennom søkemotoren Google Scholar. Dette for å danne meg et helhetlig bilde av hvor mye forskning som eksisterer rundt tematikken kronisk hjertesvikt og motiverende intervju. Det viste seg at det var flere relevante forskningsartikler som omhandlet hjertesvikt og motiverende intervju, og ved å lese et mangfold av disse, fikk jeg også ideer til passende søkeord. Dette ved å se hvilke emneord de fagfellevurderte forskningsartiklene faktisk hadde, og spesielt «minor» og «major» subjects på CINAHL som gav inspirasjon til videre søkeord. At forskningsartiklene er publisert på engelsk, forutsatte også at jeg hadde engelske søkeord. Derfor brukte jeg, etter anbefaling fra skolebiblioteket, både ordnett.no og MeSH for å oversette mine norske søkeord til engelsk (<https://www.ordnett.no/>; <http://mesh.uia.no>). Deretter ble de relevante ordene implementert i et PICO-skjema før videre søk i spesifikke databaser, her CINAHL og PubMed.

Rammeverket PICO ble benyttet for å presisere, identifisere og forenkle søket etter relevant forskning (Thidemann, 2019). Dette viste seg å være effektivt for å strukturere søket og danne et mer helhetlig bilde av hva jeg faktisk ønsket å undersøke.

Å lese en rekke sammendrag og artikler som også omhandlet MI, egenomsorg og hjertesvikt, samt relevant sykepleie viste at det eksisterer en god mengde forskning vedrørende valg tematikk.

Under søkeprosessen ble artikler med IMRAD-struktur høyt prioritert, en typisk struktur for forskningsartikler (Dalland, 2020). Jeg kunne med deres strukturerte oppbygging og bemerke meg de som hadde potensiale til å bli inkludert i oppgavens drøftingskapittel.

Tabell for gjennomført søk:

Søkedato	Søknr.	Database	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
10.11.2020	1	PubMed	1.Heart failure 2.Chronic disease 3.Nursing 4.Self-managment 5.Self-care 6. Patient-perspective 7. 1AND2AND3AND4AND5AND6	8	8	6	1	Spaling, M.A., Currie, K., Strachan, P.H., Harkness, K., Clark, A.M. (2015) Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care
16.11.2020	2.	Pubmed	1. Heart failure 2. Nursing 3. self-care 4.Motivational interview 5. 1AND2AND3AND4AND5	16	13	8	2	Sokalski, T., Hayden, K.A., Bouchal, S.R., Singh, P., Shier, K. Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis Vellone, E., Rebora, P., Ausili, D., Zeffiro, V., Pucciarelli, G., Caggianelli, G., Masci, S., Alvaro, R.,

								Riegel, B. (2020) Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF: a randomized controlled trial.
7.12.2020	3.	PubMed	1. Motivational interviewing 2. Experiences 3. Nurse 4. Patient 5. 1AND2AND3AND4	42	14	7	1	Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C. (2020) Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice..
	4.	CINAHL	1. Chronic heart failure 2. Motivational interview 3. Self-care 4.1AND2AND3	18	16	8	1	Creber, R.M., Patey, M., Lee, C.S., Kuan, A., Jurgens, C., Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care with patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial
	5.	CINAHL	1. Motivational interview 2. Communication skills 3. Nurse 4. 1 AND 2 AND 3	12	12	10	1	Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., ter Riet, G., op Reimer,

								W.S., Peters, R. Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy type in patients with coronary artery disease.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.2.1 Inklusjonskriterier

Idet litteratursøket ble utført var det en rekke inklusjonskriterier utgjorde et rammeverk for søket. Disse ble utformet på grunnlag av å kunne gi nyttig informasjon vedrørende MI, egenomsorg, og kronisk hjertesvikt; og dermed være høyst relevant for problemstillingen. Det ble ikke begrenset i forhold til kjønn, da hovedmålet var å finne artikler rundt egenomsorg og motiverende intervju, uavhengig av kjønn. Der det var mulig å spesifisere, ble pasienter på «60 years or older» huket av, for å samsvare med problemstillingen. Oppgaven skal ha et tydelig sykepleiefaglig perspektiv søkte jeg etter artikler som også inneholdt ordet «nursing». Ved å inkludere dette i søkeordene, ble artiklene med ett mer spisset mot sykepleie til pasienten, ofte med egne «practice implications for nurses» i konklusjonene. Et viktig moment i denne oppgaven er det sykepleiefaglige perspektivet. Dette har i stor grad har blitt tatt høyde for, også ved det endelige valget av hovedartikler. Alle artiklene omhandler sykepleiere og belyser på ulike måter deres rolle i forhold til pasientens egenomsorg, MI og pasienter med hjertesvikt.

Videre spesifiserte jeg i alle mine søk at artiklene ikke skulle være mer enn ti år gamle, og være tilgjengelige på engelsk, norsk eller dansk. Grunnlaget for at jeg ønsket artikler publisert etter 2011 er at forskning innen helse oppdateres jevnlig og at de forskningsartiklene som blir presentert i denne oppgaven skulle ha større validitet for dagens helsevesen. Likevel ble en av forskningsartiklene publisert 2006, etter at et bredere søk ble utført. Dette kommenteres ytterligere under kapittel om kildekritikk.

3.3 Øvrig faglitteratur

Bøker som er kjent og velbrukt ved utdanning av sykepleiere er anvendt for å beskrive kronisk hjertesvikt og dens patofysiologi, symptomer og behandling. Jeg brukte de nyeste utgavene av bøkene der det var mulig, for å forsikre at anvendt fagkunnskap i størst mulig grad var oppdatert.

Dorothea Orems sykepleierperspektiv og omsorgsteori er beskrevet i flere fagbøker. Anerkjent sekundærlitteratur har blitt brukt i oppgaven, slik som oversettelsen av Stephen J. Cavanagh bok «Orems model in action» (1999). At den er oversatt til norsk kan med fordel gjøre at tolkningsfeil blir unngått i teoridelen. I tillegg har kapittelet om Orems egenomsorgsteori i boken «Sykepleieteorier- analyse og evaluering» blitt benyttet for å danne et helhetlig bilde av sykepleierteorien. (Kirkevold, 1998). Begge bøkene bidrar med analyse og evaluering av teoriene i en mer moderne klinisk praksis for sykepleiere, noe som tydeliggjør sykepleierens rolle og fremstår mer oppdatert enn Orems originalskrifter.

Det eksisterer en rekke bøker som omhandler motiverende intervju som metode... I valget om hvilken bok som skulle danne bakgrunn for teori og drøfting, ble råd fra veileder og foreleser i tema fulgt. «Motiverende samtale- støtte til endring» av psykologene Miller og Rollnick ble sterkt anbefalt, da dette er en nyskrevet utgave som viser til viktige framskritt gjort i bruken av motiverende intervju. Istedenfor å ta for seg de typiske fasene en ofte ser ved MI, viser boken heller til de fire prosessene beskrevet i teoridelen (Miller & Rollnick, 2016). For å flere perspektiver valgte jeg også å bruke kapittelet av Ida Hestvold i boken «Klinisk kommunikasjon i sykepleie». Hele kapittelet er rettet spesifikt mot helsepersonell som arbeider med kronisk syke, med hovedfokus på blant annet motiverende intervju som intervensjon ved kroniske lidelser (Hestvold, 2018). Dette er med andre ord meget aktuelt for min problemstilling.

3.4 Kilderkritikk

Under hele skriveprosessen har jeg kritisk vurdert kunnskapskildene i tråd med Dallands beskrivelse av kildekritikk som en prosess der man gjør litteratursøk, gjør rede for anvendt litteratur, og vurderer troverdighet, relevans og type kilde det er snakk om (Dalland, 2020). Ved innhenting av faglitteratur og spørsmål rundt det å finne gode forskningsartikler, har skolebiblioteket og dets personale vært en enorm ressurs. De har lagt ut både på skolenett og holdt kurs vedrørende gjennomføring av søk.

Alle vitenskapelige artiklene som er valgt for å besvare problemstilling, er fagfellevurderte. At artiklene er fagfellevurdert, er et kvalitetsstempel som øker forskningens troverdighet. For å sikre dette søkte jeg opp artiklenes tidsskrifter ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). De har en rekke kriterier for godkjenning

av publiseringskanaler; blant annet at tidsskrifter, nettsteder og skal ha en vitenskapelig redaksjon og rutiner for ekstern fagfelleevaluering (NSD, 2021)

Artikkelen «Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patient's perspectives on self-care» er en systematisk undersøkelse (Spaling et al., 2015). Det vil si at forfatterne har utført et systematisk litteratursøk og gjennomgått ulike databaser for å finne relevant forskning. Fordelen med dette er at man som sykepleier lettere kan tilegne seg forskningsbasert kunnskap ved å danne seg et helhetlig og oppsummerende bilde av utvalgt forskning. Dette heller enn å sette seg inn i utallige enkeltstudier, som også kan være av varierende kvalitet og troverdighet. I tillegg har Spaling et al. (2015) fremstilt en metasyntese av den kvalitative forskningen. Med tanke på å fremme kunnskapsbasert praksis, er fordelen er at en metasyntese utvikler nye tolkninger og innsikt etter å ha gjennomgått artiklene i den systematiske undersøkelsen (Thidemann, 2019, s.100).

Hva gjelder publiseringssår, er fem av artiklene utgitt innenfor kriteriet på ti år, og publisert i 2011, 2015, 2019, og to i 2020. Likevel er artikkelen til Riegel et al. utgitt i 2006 (Riegel et al., 2006). Etter vurdering av relevans for dagens praksis gjennom å lese og sammenligne relevant faglitteratur og nyere forskning, er den likevel inkludert for å belyse problemstillingen, da den innebærer høyts aktuelle momenter rundt ambivalens, personorientert sykepleie og MI med den kronisk hjertesyrke.

Når utvalget av artikler ble snevret inn, ble råd Helsebibliotekets for kritisk vurdering benyttet. Dette var blant annet å stadig stille seg viktige overordnede spørsmål idet man vurderer artikkelen, slik som: «har artikkelen en velformulert problemstilling?» og «er designet velegnet for å svare på min problemstilling?». (Helsebiblioteket, 2016).

Med kvalitativ metode går en i dybden og forsøker å se nyanser fra ulike holdninger, forventninger og opplevelser rundt et fenomen eller en intervensjon, slik som motiverende intervju (Thidemann, 2019). Flere av artiklene i denne oppgaven inkluderer forskning der deltagerne selv har hjertesvikt, og kunne uttrykke følelser, tanker og informasjon rundt symptomer, egenomsorg eller egenomsorgssvikt. Dette er eksempel på strategiske utvalg, noe som ofte gjøres ved bruk av kvalitativ metode (Dalland, 2020).

Samtidig kan en randomisert kontrollert studie (RCT) som regnes som «gullstandarden» innen forskning, gi et bredere perspektiv idet en skal svare på problemstillingen (Thidemann, 2019). Det er derfor inkludert en studie av Vellone et al. som benytter denne forskningsmetoden i hensikt å studere og tallfeste effekt av motiverende intervju hos hjertesviktspasienter (Vellone et al., 2020).

Et viktig aspekt er forskningsartikkelens kontekst sett opp mot valgt kontekst i denne oppgaven, og hvor forskningen er utført. I den systematiske analysen til Spaling et al. er de 37 studiene gjort hovedsakelig gjort i USA, etterfulgt av noen fra Storbritannia og Canada. At studiene er gjort i andre land utenfor Europa ses også i artikkelen til Sokalski et al. (2020), Riegel et al. (2006) og kan derfor by på kulturelle forskjeller hva gjelder utøvd egenomsorg og effekt av MI.. Samtidig er studiene gjort av Vellone et al. (2020), Brobeck et al. (2011), og Dobber (2019) gjort i Italia, Sverige og Nederland, europeiske land med stor overføringsverdi. Hva gjelder kontekst er flere av intervensjonene knyttet til MI utført ved poliklinisk avdeling, men også i pasientenes hjem, og i primærhelsetjenesten. Likevel anser jeg artiklenes fokus på MI, hjertesvikt og egenomsorg som svært relevante for å besvare problemstillingen, med stor overføringsverdi.

3.5 Etiske vurderinger

På en vitenskapelig høyskole forventes det at man henviser til anvendte kilder, idet man benytter andres arbeid for å utvikle eller tilegne seg ny kunnskap. Det har derfor i denne oppgaven vært viktig å følge kravet for føring av kilder i henhold til referansestilen APA 7, tilpasset humanistiske fag (Kildekompasset, u.å.) Å overholde krav om anonymitet er også vært en etisk faktor som har blitt overholdt, også når egne erfaringer blir beskrevet i drøftingen.

4. Presentasjon av forskningsartiklene

Oppsummert viser forskningsartiklene at motiverende intervju har god effekt hva gjelder å øke egenomsorg. Egenomsorg kan være utfordrende for mange med hjertesvikt, og sykepleier kan derfor benytte MI for å motivere til bevisst egenomsorgsattferd. Resultatene indikerer at en åpen, personorientert, lyttende og empatisk metode som MI er en god måte å ivareta pasientens interesser og behov, og samtidig motivere til økt egenomsorg. Dette i motsetning til mer tradisjonelle intervensjoner med autoritære råd der sykepleier eller annet helsepersonell er i en tydelig ekspertrolle. Forskningsartiklene har også med i sine konklusjoner at det kreves mer forskning på dette feltet, samt god opplæring i utøvelsen av MI, men at motiverende intervju utført av sykepleier kan integreres i en helhetlig behandling ved kronisk hjertesvikt. Sykepleier har den fordel å både ha kunnskap om somatikken rundt kronisk hjertesvikt, men også hvordan diagnosen og dets symptomer kan påvirke flere sider hos pasienten.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode/utvalg	Funn
1	Spaling M.A, Currie k., Strachan P. H, Harkness K., Clark A.M (2015)	«Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care».	Journal of Advanced Nursing	Avklare hvilke pasientfokusede anbefalinger som blir gitt til å øke egenomsorg hos hjertesvikt-pasienter; dette ved å se på pasientens opplevelse, perspektiver og handlinger nytt til egenomsorg.	Systematisk vurdering fulgt av kvalitativ syntese.	Artikkelen viser til at hjertesvikt-pasienter kan ha kunnskap om riktig egenomsorg, men ha vanskeligheten med å utføre dette i hverdagen. Likevel viser det seg vanskelig å utføre og implementere disse handlingene i hverdagen. Egen mestringstro og lærdom fra tidligere mestring av sykdommen viste seg å være gunstig for å utøve egenomsorg
2.	Sokalski, T.M.N, Hayden, K., Raffin B.S, Singh, P., King-Shier, K. (2020).	Motivational interviewing and Self-care Practice in Adult Patients With Heart Failure: A systematic review and Narrative Synthesis	The Journal of Cardiovascular Nursing Mar/Apr 2020;35(2):107-115	Studere effekten av motiverende intervju på økt egenomsorg hos voksne med hjertesvikt	Systematisk analyse og narrativ syntese	Motiverende intervju har blitt brukt enten alene eller i kombinasjon med andre terapeutiske tilnærminger; dette med god effekt der spesielt ansikt-til-ansikt kommunikasjon viser til best resultat.
3.	Riegel, B., Dickson, V., Linda, H., McMahon, J, Brendali, F.R., Sayers, S. (2006)	A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care Mechanisms of Effectiveness. May-Jun 2006;21(3):232-241	Journal of Cardiovascular Nursing. Mai-Jun, 2006;21(3):232-41	Studere effekt av MI for å øke egenomsorg og hvilke mekanismer ved denne samtalemetoden som er mest effektive for egenomsorg. Spesielt det å øke motivasjon, kunnskap og støtte ble vektlagt i MI-intervensjonen.	Mixed Method (MM) med kvantitative og kvalitative data av motiverende intervju på femten pasienter med hjertesvikt. De mottok i gjennomsnitt mellom 6 til 9 MI-intervensjoner der sykepleier var ansvarlig. Disse ble primært utført på hjemmebesøk hos pasient eller per telefon.	71.4% av deltagerne forbedret egenomsorg etter intervensjonen, altså klinisk økt egenomsorg. Mekanismene som ble spesielt viktige var kommunikasjonstilen, det å tilpasse intervensjonen til pasientens liv og at sykepleier bidrar til en positiv overgang fra sykehus tilbake til hjemmet. .
4.	Vellone, E., Rehora, P., Ausili, D., Zeffiro, V., Pucciarelli, G., Caggiano, G., Masci, S., Alvaro, R., Riegel, B. (2020)	Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF): a randomized controlled trial	ESC Heart Failure. 2020; 7: 1309-1318	Studere i hvilken grad motiverende intervju øker pasienter med hjertesvikt sitt vedlikehold av egenomsorg og mestringstro. Dette hos pasienter som alle hadde utfordringer knyttet til å møte egenomsorgskrav. Både tre måneder før og etter MI ønsket også å se hvorvidt det var økning i	En parallell randomisert kontrollert undersøkelse der deltagerne ble delt i tre grupper. I gruppe 1 deltok pasientene i MI, i gruppe 2 deltok både pasienter og pårørende. MI ble utført ansikt til ansikt, i tillegg til tre telefonsamtaler i ettertid. Den siste gruppen (kontrollgruppen) fikk standard informasjon og behandling. Dette	MI hadde svært positiv effekt på vedlikehold av egenomsorg når det ble utført av sykepleiere med opplæring. Primærutfallet var at MI viste seg å ha markant økning på egenomsorg, og også ha langsiktig betydning for pasientene et helt år senere. I forhold til standard intervensjon. Å inkludere pårørende kan ha effekt, spesielt for kontroll av egenomsorg.

				egenomsorg dersom pårørende også ble involvert i MI. .	ble gjort av 18 sykepleiere i ulike settinger, både sykehus, poliklinisk og kommunehelsetjenestene. Effekt ble vurdert med «Self-care of HF», både etter tre måneder og etter et helt år.	
5.	Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S., Hildingh, C. (2011)	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice	Journal of Clinical Nursing 2011; 20 (23-24), 3322-3330	Beskrive sykepleieres erfaringer med motiverende intervju som en helsefremmende samtalemetode. Dette i svensk primærhelsetjeneste.	Kvalitativ metode. 20 sykepleiere fra 13 ulike helsesentre som aktivt brukte MI med pasienter. Alle jobbet med livsstilsproblemer. Sykepleierne ble intervjuet i 40-45 minutter og kvalitativ innholdsanalyse for å prosessere data.	Alle sykepleierne anså MI som et verdifullt og effektivt verktøy i arbeid med livsstil, som kunne brukes i behandlingssammenheng. Det opplevdes stimulerende å oppnå gode resultater hos pasienten, slik som bedre kunnskap om egen helse, atferdsendring m.m, samt at MI tydeliggjør sykepleierrollen. Utfordringer som avdekket er; om en har nok erfaring med MI, trening i dette, interesse, lytte, og nok tid til å utøve MI med pasienten.
6.	Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., ter Riet, G., op Reimer, W.S., Peters, R. (2019)	Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease.	European Journal of Cardiovascular Nursing 2019, 18(1) 28-37.	Målet med studien var å evaluere opplæring av sykepleiere i utøvelsen av MI. MI ble her utført som et sekundærforebyggende tiltak hos pasienter med arteriesykdom (CAD).	Sykepleiere ved polikliniske avdelinger på femten ulike sykehus i Nederland var med i denne studien. Det var et pre og post-studie der sykepleiere mottok tilbakemelding på deres kommunikasjonskompetanse og utøvelse av MI. Dette ble gjort ved å evaluere lydopptak av MI-samtaler mellom pasient og sykepleier. Kompetansen ble skortet med Motivational Interview Target Scheme 2.1. pasienter med (CAD)	Å gi et års oppfølging av sykepleierens bruk av MI, gjør at sykepleierne øker dyktighet og kompetanse i utøvelsen av MI. Helsepersonell bør derfor se viktigheten av oppfølging og utvikling av kommunikasjonskompetanse.

5. Drøfting

5.1 Sykepleier må avdekke pasientens grad av egenomsorg

Sykepleiers arbeid med å avdekke spriket mellom egenomsorgskrav og faktisk egenomsorg er viktig for å forstå hvilke endringer som er nødvendige i forhold til pasientens sykdom. Som Dorothea Orems beskriver, kan sykepleier utforske dagens egenomsorgshandlinger og eventuell egenomsorgsvikt, for så å planlegge tilpassede omsorgstiltak. Kronisk hjertesvikt er en progredierende sykdom, som kan medføre en rekke dyre helsetjenester, sykehusinnleggelse og høy dødelighet. For å forebygge, vil det være essensielt at pasienten utfører egenomsorgshandlinger som svarer til de kravene som sykdommen medfører (Sokalski et al., 2020). Dette kan relateres til det Orem beskriver som egenomsorgskrav relater til helseavvik, som i denne sammenheng oppstår på grunn av den kroniske hjertesvikt (Cavanagh, 1999). Det vil variere hvilken grad av endringer som er nødvendig for å utøve tilstrekkelig egenomsorg, i henhold til blant annet NYHA-skalaen og (Stubberud, 2016).

På tross av at viktigheten av å utøve tilstrekkelig egenomsorg som både virker helsefremmende og forebyggende, viser forskning at dette er utfordrende for pasienten. Spaling et al. (2015) viser til at pasienter diagnostisert med hjertesvikt viste lav grad av egenomsorg. Dette gjaldt spesielt rundt egenomsorgskrav tilknyttet medikamenter, der de visste lite om hvordan og hvorfor medikamenter slik som ACE-hemmere og diuretika hadde effekt ved hjertesvikt. Også innsikt i viktigheten av tilpasset kost, adekvat væskebalanse og å vite når man bør kontakte helsevesenet ved forverringer, var punkter som flere av pasientene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om (Spaling et al., 2015). Vellone et al. viser likevel med sin studie at egenomsorg i stor grad kan økes, også over tid, på tross av at atferdsendring ved kronisk hjertesvikt er krevende. Dette forutsetter at helsepersonell kartlegger og forsøker å forstå de individuelle opplevelsene som oppstår i håndteringen av hjertesvikt (Vellone et al., 2020). Også i studien til Riegel et al. (2006) var kunnskapsmangel eller misforståelser som har oppstått underveis i behandling viktige grunner til manglende egenomsorg. Flere av deltagerne hadde feilaktige tanker om at trening om at all trening var farlig, at økt væskeinntak ikke var skadelig eller hadde mangel på kunnskap rundt det å unngå saltrike matvarer (Riegel et al., 2006). Dette er alle eksempler på ulike former for det Orem beskriver som egenomsorgssvikt, knyttet til helserelaterte avvik (Kirkevold, 1998). Sykepleier kan bruke MI for å undersøke pasientens grad av egenomsorg, og hvilken kunnskap og motivasjon vedkommende har for å utføre ulike egenomsorgshandlinger. I prosessen med å engasjere kan man for eksempel avdekke pasientens opplevelse og situasjon knyttet til egen sykdom. Denne innsikten blir tatt med videre inn i de neste prosessene, altså når sykepleier sammen med pasienten fokuserer, fremkaller og planlegger for å nå pasientens mål (Miller & Rollnick, 2016).

5.2 Viktighet av å fremme pasientperspektivet og pasientens ekspertise

MIIs holdningsett fremmer et pasientperspektiv der pasienten alltid er i sentrum, og fremmes som aktiv deltaker i egen helse, også i form av å ta del i økt egenomsorg. Pasienten er altså ikke en passiv mottaker av informasjon og behandling, men heller en viktig bidragsyter for å forsinke og forebygge de negative prosessene ved en progredierende hjertesvikt (Miller & Rollnick, 2016; Stubberud, 2016).

Idet sykepleier bruker MI for å motivere til økt egenomsorg, skal det legges til rette for at pasienten allerede besitter ekspertise rundt egen kropp (Miller & Rollnick, 2016). I denne forståelsen av pasienten, skal sykepleier også ta høyde for pasientens unike identitet og at alle ulike bakgrunn, støtteapparat og sykdomserfaring (Hestvold, 2018). Med pasientperspektivet i fokus, ser sykepleier at hjertesvikt kan utspille seg på mange ulike måter, og at både objektiv og subjektiv opplevelse vil variere fra pasient til pasient. Analysen til Spaling et al. (2015) viser at pasientens opplevelse av egen kropp spiller en stor rolle, og deres subjektive opplevelse hadde mye å si for hvordan de opplevde sykdommen og de negative konsekvensene tilknyttet denne, samt hvordan de håndterte symptomer. Mens legen ofte evaluerer pasientens helse utifra kliniske tegn, objektive tall og indikatorer på sykdom, er pasienten selv mer observant på hvordan kroppen «føles». Dette er viktig informasjon som helsepersonell bør ha kunnskap om, og forfatterne beskriver behovet for metoder med innhold som oppleves mer relevant og tilpasset den individuelle pasient når egenomsorg ved hjertesvikt skal utvikles og vedlikeholdes (Spaling et al., 2015).

Som oppgavens teori om MI beskriver, skal pasientens ekspertise respekteres og inkluderes i samtalen. Eksempelvis vil pasienten etterhvert som en sykdom forløper, opparbeide stor innsikt i hvordan sykdommen oppleves og hvilke atferdsendringer og tiltak som fungerer best (Hestvold, 2018). Forskningsresultater viser at egenomsorg ved hjertesvikt kan læres og integreres idet pasienten gjør seg egne erfaringer med plagsomme symptomer, og ser konsekvenser av egne handlinger. Dette både i forkant av og etter symptomer har utspilt seg, og også når de utspiller seg i form av eksaserbasjoner. I Riegel et al. kommenterer en pasient at hun nå ønsker å forandre kostholdet sitt etter å ha opplevd pulmonart ødem. Som hun sier «..I don't ever want that to happen again, so if I have to change my while way of eating... I am living with it» (Riegel et al., s. 238). Lærdommen kan da integreres i pasientens egne hverdag og aktiviteter, og ble assosiert med økt egenkontroll (Spaling et al., 2015). Oppgavens kontekst omhandler pasienten som rimelig nylig har mottatt diagnosen og nå er på poliklinikk. Her kan sykepleier støtte pasienten i prosessen med å lære egen kropp å kjenne, og danne erfaringer i forhold til hvilke egenomsorgskrav som nå er aktuelle, og hvordan å møte disse. Pasientene kan altså ha viktige erfaringer, og for å forstå denne innsikten vil refleksiv lytting kunne bidra til forståelse av pasientens kunnskap og allerede implementerte egenomsorg, og dermed effektivisere videre arbeid med å fremme denne (Miller & Rollnick (2016). Dette vises også i studien til Riegel et al. (2006), der sykepleiere brukte refleksiv lytting for å forstå pasientperspektivet og fremme deres ekspertise. Sykepleier lyttet til beskrivelsen av hvordan hjertesvikten på virket dem, hvilke barrierer som oppstår,

hvordan de har lært av prøving og feiling, og om motivasjonen til egenomsorg. Det samme gjorde sykepleierne som utførte MI i studien til Vellone et al. (2020), der pasienten fikk ros for alle endringer eller handlinger i positiv retning, samt støtte i å tro på egen mestringsevne. Sykepleierne i studien til Dobber et al. fikk tilbakemelding om at det å bekrefte og reflektere pasientens kontroll over egen livsstil, er viktig for å styrke mer langvarig motivasjon. Eksempelvis kan man si «ved at du nå reduserer saltet i maten, tar du kontroll og forebygger ødemer». Å bruke bekreftelser, samt å støtte pasientene i økt kontroll og ansvar for egenomsorg fungerte godt for økt egenomsorg (Riegel et al., 2006). Autonomiprinsippet blir i så måte fulgt, der respekt for pasienten som en aktiv deltager i egen endring, med innsikt og rett til egne handlingsvalg, blir fulgt (Brinchmann, 2016).

5.3. Tilpasset informasjon for økt egenomsorg

En pasient diagnostisert med kronisk hjertesvikt vil kunne ha behov for informasjon og veiledning. Som Dorotea Orem indikerer, er sykepleier en viktig bidragsyter i det å støtte, informere og motivere til egenomsorg (Cavanagh, 2001). Forskning viser at det å engasjere pasienten i egenomsorg forutsetter at pasienten har kunnskap om sykdomsprosessen og dens påvirkning på livssituasjonen (Sokalski et al., 2020) Andre, mer tradisjonelle intervensjoner innebærer at sykepleier i større grad gir standard informasjon. Dette er da informasjon som følger en tradisjonell og generell tolkning av de behov og symptomer en med kronisk hjertesvikt trolig vil ha. Den tar derimot ikke høyde for de individuelle forskjellene ved hver enkelt pasient der en vil ha ulik grad av og opplevelse av symptomer, ulike forutsetninger for egenomsorg og motivasjon for å gjennomføre disse (Stubberud, 2016). Når sykepleier gir informasjon i MIs ånd, skal informasjonen gis på måte som oppleves relevant for pasienten og bevarer integritet (Miller & Rollnick, 2016). En pasient i artikkelen til Spaling et al. (2015) forteller blant annet «I'm trying to tell him what my body is doing, but they are telling me what's happening on the machines. That's annoying and a little scary.» (s. 2485). Dette er et eksempel på hvordan klinisk informasjonen heller oppleves fremmed og ikke i tråd med den pasientorienterte og empatiske informasjonsoverføringen som vektlegges ved MI (Miller & Rollnick, 2016).

Prinsippene ved MI inkluderer flere ulike måter å gi tilpasset informasjon slik at pasienten kan forstå og benytte denne i utvikling og vedlikehold av endring (Miller & Rollnick, 2016)

Det er også viktig at gis i riktig kontekst, der pasienten har de rette rammefaktorene for å få med seg det som blir sagt. Pasientene i artikkelen til Riegel et al. (2006) beskrev at når de var innlagt på sykehus grunnet eskaserbasjoner, kunne de på grunn av utmattelse, redsel for å dø og andre behov, ha vanskelig for å fokusere på annen informasjon. Med andre ord er settingen for informasjonsoverføring noe som må vurderes

av sykepleier. Oppgavens polikliniske kontekst åpner for samtale som ikke er i en akutt setting, og kan derfor trolig være en passende plass for informasjonsoverføring.

Bruk av kommunikasjonsverktøyene i MI kan være effektive måter å meddele viktig informasjon som kan øke egenomsorg (Miller & Rollnick, 2016). Ved bruk av U-T-U inviterer sykepleier til informasjonsoverføring, uten å innta en paternalistisk ekspertholdning. For å være i tråd med MIs holdningssett gis informasjonen på pasientens premisser, der deres autonomi, behov og selvekspertise er ivaretatt (Hestvold, 2018). En undersøker hva pasienten kan og forstår rundt egen sykdom og behandling, tilfører mer informasjon dersom pasient tillater dette, og utforsker så igjen (Miller & Rollnick, 2016). Dette kan for eksempel være viktigheten av å ta medisiner slik det er ordinert, å rapportere om bivirkninger eller forverringer, rask vektøkning og ødemer, eller økt tungpust (Stubberud, 2016). Her kan sykepleier vise til sin kliniske kompetanse innen fagområdet og gi konkrete informasjon og veiledning, på pasientens premisser. Sykepleier gjør også som de etiske retningslinjene tilsier, nemlig å forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019, 2.5). Pasienten velger selv om dette skal implementeres i eget liv og dermed kan føre til økt egenomsorg, eller om denne informasjonen ikke fører til endring (Miller & Rollnick, 2016). At pasienten skal få tilstrekkelig informasjon omkring både egen helsetilstand, helsehjelp, risiko og bivirkninger har blitt sterkt vektlagt i helsesystemet og er også lovfestet (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Det er da essensielt at denne informasjonen gis på en måte som pasienten forstår, uten bruk av faglig terminologi som kan skape misforståelser. En pasient i studien til Riegel et al. (2006) visste ikke hva ordet «sodium» betydde, og visste derfor ikke at det var «salt» sykepleier rådet henne til å redusere. Dette er et eksempel på at pasientens vei mot økt egenomsorg kan skorte på grunn av mangel på tilpasset kommunikasjon. Sykepleier bør heller handle i tråd med lovtekst om informasjonens form, som ifølge §3-5 skal være «tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger» og at informasjonen «skal gis på en hensynsfull måte» (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

5.4 Mekanismer innen prosessene i MI som kan føre til økt egenomsorg

Når sykepleier anvender MI for å motivere pasienten til endring i helserelatert atferd, vil det å samarbeide og jobbe gjennom de ulike delprosessene være essensielt.

Fokusering innebærer felles målsetning og retning for samtalen, noe som i MI skal gjøres i samarbeid med pasienten (Miller & Rollnick, 2016). I artikkelen til Riegel et al. var en av mekanismene som førte til økt egenomsorg hos pasienten med hjertesvikt, nettopp det at sykepleier og pasient sammen lagde mål og valgte tema for samtalen. Disse skulle passe inn i pasientens livsstil på en realistisk måte, istedenfor å gjøre pasienten til en passiv mottaker av informasjon om hvilke endringer som må gjøres (Riegel et al., 2016). I studien til Brobeck et al. (2011) fortalte sykepleier at å hjelpe pasienten til å forstå egne utfordringer og med dette veilede pasienten mot eget mål, en av de viktige oppgavene ved MI. Dette økte pasientens mulighet til

å selv delta, der sykepleier unngikk å «point fingers at the patient or offer quick advice or quick solutions to the patients» (Brobeck et al., 2011, s. 3327). Dette ville vært et eksempel på korrigeringsrefleksen, som kan redusere samarbeidsalliansen og fokus på pasientens egne mål (Miller & Rollnick, 2016).

Fremkalling betegner prosessen med å undersøke hvilken motivasjon og hvilke ønsker som ligger til grunn for atferdsendring (Miller & Rollnick, 2016). Både ambivalens og endringsnakk er viktige indikatorer på at pasienten i ulik grad, som bør undersøkes og støttes av sykepleier. Her vil ambivalensutforskning og det å støtte pasienten til å ta et standpunkt til denne ambivalensen, en viktig sykepleieroppgave for at økt egenomsorg skal bli en realitet. Flere av forskningsartiklene viser til at det å hjelpe pasienten gjennom ambivalensen vil øke sjansen for økt egenomsorg og vedlikehold av denne. Eksempelvis kan pasienten med kronisk hjertesvikt utvise ambivalens med argumenter både for og imot å utføre anbefalte egenomsorgsintervensjoner, slik som røykeslutt, spise saltreduert, tilpasset fysisk aktivitet, redusere alkoholinntak eller å følge ordinert medikamentbehandling (Stubberud, 2016). Det kan være utfordrende for sykepleier å støtte og veilede for å løse ambivalensen, på en måte som gjør at pasienten tar det mest forebyggende og helsefremmende valget.

I planleggingsfasen skal sykepleier og pasienten nå planlegge hvordan konkrete handlinger relatert til egenomsorg skal foregå. Når denne planleggingen er effektiv vil det kunne resultere i konkrete egenomsorgshandlinger. At pasienten er med i planleggingsfasen er også i tråd med §3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven, som fastslår at pasienten har rett til å medvirke i egen behandling og valg tilknyttet videre forløp (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette fordi planlegging er et prinsipp ved MI som vektlegger at pasienten tar egne valg rundt hvilke endringer som skal prioriteres, der det tilrettelegges for brukermedvirkning (Miller & Rollnick, 2016). Ved planlegging bør sykepleier støtte pasienten på vei mot konkrete handlinger, også gjennom å hjelpe til med å redusere eventuelle barrierer, og presentere valgmuligheter (Miller & Rollnick, 2016). Sykepleieren i studien til Riegel et al. gav informasjon og spesifikke handlingsalternativer når det gjaldt måter å kutte ned salt, slik som å skylle grønnsaker som var i saltlake. Deltageren syntes dette var en god ide, og ville deretter av egen vilje også begynne å spise frosne grønnsaker (altså usaltede) i framtiden (Riegel et al., 2006). Sykepleierne i artikkelen til Brobeck et al. (2011) opplevde MI som en god metode for å bevisstgjøre pasienten om hvorfor og hvordan endringen skulle skje, og å finne egne løsningstrategier. Samtidig er det ikke alltid pasienten faktisk ønsker eller er motivert for å gjøre en endring og er dermed er ikke pasienten beredt for planleggingsfasen (Miller & Rollnick, 2016). Selv om en pasient ikke er interessert i å gjøre en endring der og da, kan MI ifølge forskning være effektivt for framtidig endring. Som Brobeck et al. skriver «MI still helped the patient take initial steps towards realising a lifestyle change in the future» (2011, s. 3326). Sykepleier vil ved å respektere dette valget også ivareta pasientens autonomi, og handle slik de etiske retningslinjer tilsier, da sykepleier skal støtte pasientens «rett til selv å forta valg...» (Norsk Sykepleierforbund, 2019, kap.2.6).

5.5 Sykepleiers kompetanse og kontekst er forutsetning for god effekt

Sykepleier står i en unik posisjon, hva gjelder å kunne utøve MI i samarbeid med pasienter med kronisk hjertesvikt, spesielt når sykepleier utviser god kompetanse innen metoden. Som Brobeck et al. (2011) viser i sin kvalitative forskning med sykepleiere, opplevde de MI som mer effektivt når de skulle motivere pasienten enn andre metoder, og at pasienten i større grad bevegde seg mot atferdsendring. De beskrev videre at god effekt forutsetter grundig opplæring i MI, og at sykepleier implementerer prinsippene og kommunikasjonsverktøyene fra på en hensiktsmessig måte. Alle de tyve sykepleierne i dette studiet hadde erfaring med MI over tid, og kunne meddele flere faktorer som var viktige for denne samtalemotoden. Dette var blant annet at man hadde mottatt god opplæring i MI og hvordan implementere denne kunnskapen i kommunikasjon med pasienten. Ikke bare en standard opplæring, men også oppfriskning av kunnskap over tid viste seg å være viktig (Brobeck et al., 2011). Dette samsvarer med studien til Dobber et al. (2019) der sykepleiere som anvendte MI, ble evaluert og fikk konstruktive tilbakemeldinger i sin bruk av metoden. Dette gjaldt pasienter som hadde sykdommer i koronararteriene (CAD) og som nå skulle motiveres til livstilsendring, da livstilsendring er en nøkkelfaktor i å forebygge nye akuttssituasjoner. Tilbakemeldingene omhandlet spesielt sykepleierens bruk av refleksjoner, hvordan øke pasientens opplevelse av kontroll, og hvordan håndtere ambivalens, som alle er grunnleggende mekanismer ved MI (Miller & Rollnick, 2016). Å aktivt arbeide for å benytte MI på en effektiv måte utifra ulike pasientbehov, og stadig oppdatere sykepleierens kompetanse, viser seg altså effektivt (Dobber et al., 2019). Dette stemmer godt med punkt 1.4 i de etiske retningslinjer for sykepleiere: «Sykepleieren holder seg oppdatert innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap. 1.4). Samtidig forutsetter dette at ledelsen setter av tid og penger til opplæring i MI og prioriterer at de ansatte kan benytte dette som en effektiv del av behandlingen, noe Brobeck et al. (2011) også poengterer.

Når sykepleier skal bruke MI for å fremme økt egenomsorg, vil konteksten ha stor betydning. En fordel med MI, er at det er metode som kan brukes i flere settinger på ulike deler av behandlingen. Sykepleierne som ble intervjuet av Brobeck et al. (2011) forteller at de ulike mekanismene ved MI er veldig brukervennlige, og kan brukes i mange ulike pasientsamtaler. De fortalte at både lange og kortere dialoger med elementer ved MI var mulig, også de samtalene som ikke var planlagt, men kom mer spontant. Også hovedresultatene til Sokalski et al. (2020) viste til metodens fleksible bruksområder og effektivitet, både når MI ble brukt alene, eller kombinasjon med strukturert aktivitet, med annet utdanningsmateriale eller standard behandling. Det ble i studien til Vellone et al. (2020) avdekket at effekten av MI på både utvikling og vedlikehold av egenomsorg var svært god hos pasienter med hjertesvikt i NYHA-klasse II-IV, som ble rekruttert fra ulike kontekster i helsetjenesten. Dette var henholdsvis i Italia der pasientene kom fra både sykehus, kommunehelsetjenesten og på poliklinikk (Vellone et al., 2020). Med andre ord kan sykepleier

altså inkludere MI for å motivere til egenomsorg i flere ulike arenaer, og nivåer av helsetjenesten. Likevel forutsetter varige endringer, slik som å gjøre egenomsorgshandlinger over tid, at man har tilstrekkelig tid til å gå gjennom de ulike fasene med pasienten (Miller & Rollnick, 2016). Forskning viser at sykepleierne erfarer endring som en langsiktig prosess og at man derfor må tillatte at det vil ta tid for pasienten. At MI kan kreve samtaler over lengre tid ble sett på som en ulempene ved MI, da det å påskynde endringer på pasienten ikke gir ønsket effekt. En sykepleier beskriver det slik: «When the patient comes to health care, we have expectations that everything should go very fast, a couple of months perhaps, that is not actually feasible» (Brobeck et al., 2011, s.3325). Likevel viste studien til Vellone et al. klinisk signifikante resultater hva gjelder pasienters økt egenomsorg og vedlikehold, etter å ha mottatt kun 60 minutter ansikt-til ansikt og tre korte telefonsamtaler. Resultatene var gode også etter et år etter å ha deltatt på MI med sykepleier, i forhold til standard intervensjon (Vellone et al., 2020) Hvilket behov pasienten har hva gjelder tid og antall samtaler vil variere fra pasient til pasient, tidligere erfaring og hvor motivert pasienten er. Som Orem beskriver skal sykepleier utforske egenomsorgssvikt og utøve tilpassede tiltak, som her kan være å evaluere effekt og behov flere eller lengre samtaler (Cavanagh, 1999).

6.Konklusjon

Kronisk hjertesvikt er en progredierende sykdom som krever intervensjoner fra flere hold. Spesielt egenomsorgshandlinger. Det er i oppgaven vist at egenomsorg er høyst nødvendig, men ofte utfordrende for den kronisk hjertesyke. Sykepleier med kompetanse både i somatikk og MI, kan utforske årsakene til mangel på motivasjon og bidra til å fremme egenomsorg. Dette gjennom å arbeide på en empatisk, personorientert måte. Det er vist at det er utfordrende å motivere pasientene, og at det forutsetter at sykepleier stadig er oppdatert og benytter seg av MIs prinsipper på en hensiktsmessig måte.

Kompetanseheving hos sykepleiere kan føre til mer effektiv gjennomføring av MI. Ved å kombinere elementer fra MI slik som brukermedvirkning, ambivalensutforskning, bekreftelser, pasientautonomi, samarbeid og informasjon kan sykepleier altså bidra til økt egenomsorg hos den voksne pasienten med kronisk hjertesvikt. Det er tydelig at at MI kan ha effekt, og som kommende sykepleier blir det spennende å følge med på hvordan helsevesenet kommer til å implementere MI i samarbeid med kronisk hjertesyke.

7. Litteraturliste

- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., Hildingh, C (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*.2011 (20), 23-24, 3322-3330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2016) Etikk i sykepleien. (4.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Cavanagh S. J. *Orems sykepleiemodell i praksis*.(Thorbjørnsen, M.K., Overs.). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Mejel, B., ter Riet, G., op Reimer, W.S., Peters, R. (2019). Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019 (18), 28-37. <https://doi.org/10.1177/1474515118784102>
- Eriksen, S., (2015) Menneskets psykososiale behov. I Grov, E.K., Holter, I.M. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1. (5.utgave,s. 887-90)
- Eikeland, A.Stubberud, D.-G., Haugland, T. (2017). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G, Stubberud., R, Grønseth., H, Almås. (Red.) Klinisk sykepleie 1 (5. utg., s.229-276). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (u.å.) CINAHL. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>
- Folkehelseinstituttet (2016). Sjekklistor. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Hjerte-og karsykdommer i Norge*. (Folkehelse rapporten-Helsetilstanden i Norge). <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>

- Heggdal, K. 2008 *Kroppskunnskaping: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Gyldendal Akademisk
- Hestvold, I.V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter med kroniske sykdommer. Heyn, L.G (Red.). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s.118-157). Gyldendal Akademisk.
- Heyn, L.G. (Red.) (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal Akademisk
- Kjetland, B.M., Nordstad, G.M. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.447-514). Cappelen Damm Akademisk.
- Kildekompasset (u.å). APA 7th. <https://kildekompasset.no/referansestiler/apa-7th/>
- Kirkevold, Marit. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering.*(2. Utg). Ad Notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N.J, Nordtvedt, F., Skaug, E-A, Grimsbø G.H. Hva er sykepleie? (2016) Sykepleiens funksjoner K. Kristoffersen, N.J, Nordtvedt, F., Skaug, E-A, Grimsbø G.H. (Red.). Grunnleggende sykepleie. Sykepleie-fag og funksjon. (Bind 1, 3.utgave, s.15-27). Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. *Sykepleie og jus*. (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Miller, W.R, Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale - støtte til endring*. (3.utgave) (Sjøbu, A., Overs.). Fagbokforlaget.
- Norsk Helseinformatikk (2020). Kronisk Hjertesvikt. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hjertesvikt-kronisk/>
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2021). Om Register over vitenskapelige publiseringskanaler. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Om>
- Norsk sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra LOV-1999-07-02-63

Riegel, B., Dickson, V.V., Hoke, L., MchMahon, P.J., Brendali, F.R., Sayers, S. (2006). A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: mechanism of effectiveness. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 21 (3), s.232-241

[10.1097/00005082-200605000-00012](https://doi.org/10.1097/00005082-200605000-00012).

Vellone, E., Reborá, P., Ausili, D., Zeffiro, V., Pucciarelli, G., Caggianelli, G., Masci, S., Alvaro, R., Riegel, B. (2020). Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF): a randomized controlled trial. *ESC Heart Failure* 2020, (3), 1309-1318.

<https://doi.org/10.1002/ehf2.12733>

Statistisk sentralbyrå. (2018) Liste over 20 viktigste kroniske sykdommer i allmennpraksis.

<https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200703/05/tab-2007-06-19-04.html>

Spaling M.A, Currie, K., Strachan, P., Harkness K., Clark A.M. (2015). Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care. *Journal of Advanced Nursing*. 71(11) s. 2478-2489. <https://doi.org/10.1111/jan.12712>

Sokalski, T.M.N, Hayden, K., Raffin B.S, Singh, P., King-Shier, K. (2020) Motivational Interviewing and Self-care Practice in Adult Patients With Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 3/4 2020. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000627>

Stubberud, D-G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. D.-G. Stubberud (Red.). *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (115-134). Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.

Wyller, V.B.B. *SYK. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin*. (4.utgave, s. 243-275). Cappelen Damm Akademisk.

Ørn, S. (2018) Legemidler ved hjerte- og karsykdommer. Nordeng, H & Spigset. (Red.) (2018). *Legemidler og bruken av dem* (3. utgave, s 133-153). Gyldendal Akademisk.

	P Pasient Problem	I Intervensjon	C Sammenligning	O Utfall
	Heart failure Chronic disease Heart failure	Motivational interview Nursing	(Standard intervention)	Self—care Self-managment Patient perspectives