

Kandidatnummer: 6156 og 6168

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleiere forebygge nyresvikt hos pasienter med kjent hjertesvikt?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021

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

Sammendrag

Bakgrunn

Nyrene er en av de første organene som svikter ved flerorgansvikt. Spesiell hjertesviktpasienter ofte har nedsatt nyrefunksjon. 10 % av den norske befolkning har nyresvikt. 60 % av hjertesviktpasienter har alvorlig eller moderat nyresvikt, og 50 % av pasienter med hjertesykdom dør på grunn av nyresvikt. I tillegg kan pasienter som har normal nyrefunksjon fort utvikle dødelig nyresvikt under akutt hjertesviktbehandling.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om nyresvikt forårsaket av hjertesvikt forhindres, og hvordan utviklingen av nyresvikt hos personer med hjertesvikt kan forebygges. Ved å vektlegge sykepleiers perspektiv vil oppgaven kunne gi innblikk i og forståelse av hva som kan gjøres for å forhindre utviklingen av nyresvikt hos hjertesviktpasienter.

Metode

Vi skal i denne oppgaven utarbeide en integrativ litteraturoversikt etter Fribergs metode (2017). Det vil si at datamaterialet vårt hentet utelukkende fra vitenskapelige artikler. Vi vil prioritere å anvende kvalitativ og kvantitative studier siden vår hensikt med oppgaven best kan besvares ved hjelp av begge tilnæringsmetoder.

Resultater

Å forebygge nyresvikt er langtids prosess. Derfor er det viktig at sykepleier hjelper pasienter å styrke egenomsorg ved bruk av motiverende intervju.

Nøkkelord: Sykepleie, forebygge, nyresvikt, hjertesvikt, egenomsorg, pasient kunnskap, adherence, symptomgjenkjenning, motiverende intervju, og selvtillit.

Innhold

1 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	5
1.4 Oppgavens oppbygning.....	6
2 TEORETISK PERSPEKTIV	7
2.1 Nyre- og Hjertesvikt.....	7
2.1.1 Fysiologisk sammenheng mellom nyrene og hjerte	7
2.2 Sykepleiers funksjon	8
2.2.1 Sykepleierens forebyggende funksjon	8
2.2.2 Sykepleiers pedagogiske funksjon	9
2.3 Egenomsorg.....	10
2.3.1 Adherence	12
2.4 Motiverende Intervju – MI.....	12
3 METODE	13
3.1 Hva er metode?.....	13
3.1.1 Kvantitativ metode.....	13
3.1.2 Kvalitativ metode.....	13
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	14
3.3 Litteratursøk	15
3.3.1 Valg av databaser.....	15
3.3.2 Valg av søkeord	15
3.3.3 Valg av søkestrategi	16
3.3.4 Valg av artikler.....	17
3.4 Analyse av artikler.....	18
4 RESULTATER	20
4.1 Styrke pasientens egenomsorg	20
4.2 Bruk av motiverende intervju.....	21
5 DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.1.1 Land og arena av studiene	22
5.1.2 Studienes deltakere.....	22
5.1.3 Studiens metode.....	23

<i>5.1.4 Kvantitativ tilnærming som metode</i>	23
<i>5.1.5 Kvalitativ tilnærming som metode</i>	24
<i>5.1.6 Integrativ litteraturoversikt som metode</i>	25
5.2 Resultatdiskusjon	26
<i>5.2.1 Styrke pasientens egenomsorg</i>	26
<i>5.2.2 Bruk av motiverende intervju</i>	29
<i>5.2.3 Konklusjon</i>	31
6 ANVENDELSE I PRAKSIS	32
LITTERATURLISTE	33

Antall ord: 9212

1 INNLEDNING

Nyre er det første organet som svikter ved flerorgansvikt. Nyrenes viktigste funksjon er å skille ut avfallsstoffer gjennom filtrasjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Nyresvikt er en stille sykdom, og mange kan få den uten å vite hva denne sykdommen er. Flere er ikke klare over viktigheten av å forebygge nyresvikt, samtidig som de plages av underliggende sykdommer. Legemiddelbruk kan skadelig påvirke nyrefunksjonen, og kan fort utvikle akutt nyresvikt. Statistikken av legemiddelbruk viser at det er betydelig økning i salget av smertestillende, Ibuprofen og Paracetamol, i år sammenlignet til året 2019 (før pandemien). Begge disse medisinene er ikke stereoide antiinflammatoriske midler (NSAIDs), og de skader nyrene betydelig (Folkehelseinstituttet, 2020).

Ifølge helsedirektoratet, 10 % av den norske befolkning har kronisk nyresvikt (Helsedirektoratet, 2011, s. 20). Dersom nyrene ikke fungerer bra, kan de ikke støtte andre kroppsorganer som de egentlig skal. I kroppen vår jobber hjerte og nyrene tett sammen. Hvis det er problem i den ene, kan det ha stor konsekvens i den andre. Og funksjonen av begge organene reduseres betydelig (Aune, 2014). Nyresvikt er en komplikasjon som mange hjertesviktpasienter får uten å være klar over det, selv under behandlingen av hjertesvikt (The American Kidney Fund, 2021). Tallene fra folkehelseinstituttet viser at 32165 hjertesviktpasienter ble behandlet på sykehus i 2018, og 49% av dem er nyregistrerte. Selv om de tallene av hjertesviktpasienter ikke har stor økning i perioden 2012-2018, er tallet fortsatt høyt i forhold til befolkningen i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019).

For å behandle eller hjelpe pasienter med nyresvikt, må sykepleiere ha kunnskap om hjertesvikt. Forebygging av nyresvikt krever en bred kunnskap både fra sykepleier og pasienter sine sider. Pasienter trenger motivasjon for å endre deres livsstil, og sykepleier hjelper pasienter å gjennomføre den prosessen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Nyrene er ofte de første organene som svikter ved hjertesvikt. Denne alvorlige komplikasjonen øker mortaliteten, spesielt hos eldre og svekkede pasienter. Omtrent 60% av hjertesviktpasienter har moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 60 ml/min/1,73 m²), og nyresykdommer er dødsårsak hos ca. 50% av hjertesviktpasienter (Aune, 2014). I løpet av sykepleiestudiet har vi hatt mange spennende praksisperioder. Gjennom praksis og arbeidserfaring har vi sett flere nyresviktpasienter med mange ulike utfordringer. Vi opplevde at pasienter som har nyresykdom bruker ofte hjertemedisiner, vi har møtt pasienter som har

psykiske problemer på grunn av nyresvikt, og har sett pasienter som sliter med dårlig nyrefunksjon som resultat av langtids medisinbruk. Når vi skulle skrive bacheloroppgaven, tenkte vi å skrive om et tema som kan være både interessant og nyttig. Vi ønsker også å lære mer om dette temaet for å kunne møte pasientgruppen bedre forberedt, og for å kunne være en framtidig ressurs for pasienter, pårørende og medarbeidere.

Til å begynne med, fant vi en systematisk oversiktsartikkel (Dobre et al., 2012), som var veldig relevant til problemstillingen vi ønsket å undersøke. Oversiktsartikkelen har en tittel «Can we prevent or treat renal dysfunction in chronic heart failure?». Den belyser godt vår problemstilling, og den svarer spørsmålet vi stiller i oppgaven vår. Målet til forskerne i denne oversiktsartikkelen var å oppsummere prediktorer for nedsatt nyrefunksjon og presentere strategier for å forebygge og / eller behandle nyrefunksjon ved kronisk hjertesvikt. De utførte en litteraturgjennomgang av randomiserte kontrollforsøk og observasjonsstudier som vurderte prediktorer for nedsatt nyrefunksjon, og kronisk hjertesviktpasienter ble definert som de som ble utskrevet fra sykehuset etter en akutt episode eller de som ble registrert i daglig praksis for hjertesviktsymptomer. I deres nye resultat fant forskerne ingen spesifikk behandling for nedsatt nyrefunksjon, *men flere metoder for å forhindre nyresvikt i kronisk hjertesvikt*. I tillegg fant de ut at forebyggingsprosessen med nedsatt nyrefunksjon kan sees på som en diagramflyt av flere faktorer som hver for seg og spesielt i kombinasjon kan påvirke nyrefunksjonen. Forskerne i oversiktsartikkelen kom til slutt med konklusjon om at *forebygging av nyresvikt er mulig hos kronisk hjertesviktpasienter ved å behandle morbiditet og underliggende hjertesykdom*. Derfor vil forebyggingen av underliggende hjertesvikt spille stor rolle i forebyggingen av nyresvikt hos pasientene.

1.2 Problemformulering

Pasienter som har normal nyrefunksjon kan fort utvikle akutt nyresvikt under hjertesvikt behandling, og pasienter som allerede har nedsatt nyrefunksjon har store fare for å utvikle livstruende nyresvikt. «På tross av dette, er pasienter med nyresykdommer systematisk ekskludert fra studiene som har lagt grunnlag for moderne hjertesviktbehandling» (Waldum-Grevbo, 2015). Derfor er det viktig med ny kunnskap som viser viktigheten av å forebygge nyresvikt hos hjertesviktpasienter.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan forebygge utviklingen av nyresvikt hos personer med kjent hjertesvikt.

1.4 Oppgavens oppbygning

Teorikapitlet omhandler relevant bakgrunnsstoff for oppgaven. Temaene som inngår i kapitlet er nyresvikt, hjertesvikt, fysiologisk sammenheng av nyrene og hjerte, sykepleiers funksjon, egenomsorg og motiverende intervju. Videre har vi metodekapitlet. Her beskrives metode, og hvilken metode vi har anvendt, samt fremgangsmåten for denne oppgaven. Deretter kommer resultatkapitlet, hvor resultatene fra artiklene presenteres i hovedkategorier og underkategorier. I diskusjonskapitlet drøftes metoden som er anvendt, og resultatene fra artiklene. Her blir relevant bakgrunnsstoff og egne refleksjoner inkludert. Avslutningsvis tar vi for oss konkrete forslag til sykepleiepraksis anvendt og resultatene fra artiklene.

2 TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Nyre- og Hjertesvikt

Nyresvikt er en medisinsk tilstand der nyrene fungerer på mindre enn 15% av normale nivåer (Hartmann et al., 2014, s.34). I de tidlige stadiene av nyresykdom kan man ha få tegn eller symptomer. Kronisk nyresvikt kan ikke komme til syne før nyrefunksjonen er betydelig svekket (Hartmann et al., 2014). Nyresvikt er klassifisert som enten akutt, eller kronisk som utvikler seg sakte og ofte kan være irreversibel (Gøransson & Melsen Larsen, 2017).

Forebygging for kronisk nyresvikt fokuserer på å bremse eller forsinke utviklingen av nyreskaden, vanligvis ved å kontrollere den underliggende årsaken (Gøransson & Melsen Larsen, 2017, s. 315).

Hjertesvikt oppstår når hjertemuskelen ikke klarer å pumpe tilstrekkelig for å opprettholde blodstrømmen for å møte kroppens vevs behov for normal funksjon (Ørn, 2017). Dette kan skje hvis hjertet ikke kan fylles med nok blod, eller når hjertet er for svakt til å pumpe ordentlig. Visse tilstander, for eksempel iskemisk hjertesykdom, smalere arterier i hjertet (koronararteriesykdom) eller høyt blodtrykk, myokarditt og hjerteklaffefeil etterlater gradvis hjertet for svakt eller stivt til å fylles og pumpe effektivt (Ørn, 2017). Hjertesvikt kan være kronisk, eller tilstanden kan starte plutselig (akutt).

2.1.1 Fysiologisk sammenheng mellom nyrene og hjerte

Nyrene deltar i kontrollen av volumet av forskjellige kroppsvæsker. De spiller en sentral rolle i reguleringen av blodvolumet ved å kontrollere plasmavolumet og massen av røde blodlegemer (Gulbrandsen, 2016). Dette gjøres ved at nyrene skiller ut avfallsstoffer, og regulerer elektrolytt- og væskeutskillingen samt syre-base-balansen. Filtrering skjer i glomerulus (Gulbrandsen, 2016). Nyrefunksjonen er betegnelsen for nyrenes evne til å filtrere urin ut fra den glomerulære filtrasjonshastigheten (GFR), det vil si den mengden væske som blir filtrert i nyrene per minutt (Hartmann et al., 2014). Nyrene utfører også endokrine funksjoner uavhengig av nefroner. For eksempel, omdanning av vitamin D til den aktive formen, og syntetisering av hormonene erythropoietin og renin (Gulbrandsen, 2016). Når kronisk nyresykdom når et avansert stadium, kan farlige nivåer av væske, elektrolytter og avfall bygge seg opp i kroppen (Hartmann et al., 2014).

Hjertet pumper blod fylt med oksygen gjennom alle kroppsdeler, inkludert nyrene (Eikeland et al., 2016). Nyrene renser blodet, fjerner avfallsprodukter og ekstra vann (Gulbrandsen, 2016).

Uten nyrene ville blodet ha for mye avfall og vann, og uten hjertet ville ikke nyrene hatt det oksygenfylte blodet som trengs for å gjøre de mange viktige jobbene (Aune, 2014). Uten hjelp fra nyrene ville hjertet jobbe for hardt eller ikke fungere i det hele tatt. Et sunt fungerende kardiovaskulært system er viktig for nyrene i jobben (Aune, 2014).

I noen grad er alle kroppsorganer avhengige av hverandre – den normale funksjonen til et organ avhenger i det minste i noen grad av den normale funksjonen til alle andre organer. Denne gjensidige avhengigheten er spesielt fremtredende mellom hjertet og nyrene (Waldum, 2012). Når hjertet eller nyrene ikke kan fungere normalt, kan det føre til hjerte- og karsykdommer eller nyresykdom. Det er viktig å vite at det å ha nyresykdom direkte kan påvirke sjansene for å utvikle hjertesykdom, og å ha hjertesykdom kan direkte påvirke sjansene for å utvikle nyresykdom (Waldum-Grevbo, 2015). Nyresykdom og hjertesykdom deler også mange av de samme risikofaktorene, som diabetes og høyt blodtrykk. Det er veldig vanlig at personer med alvorlig hjertesykdom til slutt utvikler kroniske nyresykdom. Hjertesykdom er også vanlig hos personer med nyresykdom (Waldum, 2012).

2.2 Sykepleiers funksjon

Sykepleiere har en viktig funksjon i møtet med pasienter med nyresvikt. Målet med sykepleiens funksjon er «... å kompensere for pasientens sviktende nyrefunksjon, vedlikeholde normal funksjon hos pasienten og forebygge komplikasjoner av den oppståtte svikten» (Gulbrandsen, 2016, s. 123). Denne pleien er utfordrende, derfor må sykepleiere være faglig kompetente og inneha den kunnskapen og ferdighetene som kreves for å observere utviklingen av tilstanden. Dette krever tilrettelagt løpende opplæring for sykepleiere og kontinuerlig samarbeid med det tverrfaglige teamet for å effektivt behandle pasienter som har nyresvikt (Brataas, 2011). Sykepleiere må kunne vurdere hvordan sykdom påvirker pasienten helhetlig. Vurderingsprosessen er derfor viktig, og innebærer å innhente en nøyaktig og omfattende pasienthistorie, god pasient observasjon og dokumentasjon for å videreformidle endringene i legens behandlingsopplegg (Gulbrandsen, 2016). Sykepleiens behandlende funksjon vil være å vurdere hvilken innvirkning sykdommen har for pasientens grunnleggende behov, hvilke erfaringer og mestringsutfordringer den medfører, og hvilke handlinger eller intervensjoner som må gjennomføres for å imøtekomme behovene (Gulbrandsen, 2016).

2.2.1 Sykepleierens forebyggende funksjon

Forebyggende behandling omfatter et bredt spekter av teknikker for å identifisere, forebygge og behandle komplikasjoner som følge av sykdom eller behandling (Gammersvik, 2018).

Sykepleiers ansvar i forebyggende arbeid har til oppgave å forbedre pasientenes helse gjennom evidensbaserte anbefalinger, samtidig som de oppfordrer enkeltpersoner til å motta forebyggende tjenester som rådgivning, motiverende samtaler, helseveiledning og forskjellig forebyggende tiltak (Nortvedt & Grønseth, 2016). Pasienter med hjertesvikt er en pasientgruppe som trenger forebyggende tiltak slik at sykdommen forhindres fra å utvikle nyresvikt.

Det er tre typer forebygging som sykepleiere regelmessig deltar i, avhengig av deres stilling i helsevesenet eller i organisasjoner: primær, sekundær og tertiær.

Primærforebygging som tiltak er rettet for å gi friske og syke kunnskap for å forhindre at en tilstand oppstår. I denne typen forebygging gir sykepleieren blant annet informasjon og rådgivning til lokalsamfunn og befolkninger (hjertesviktpasienter i dette tilfellet) som oppmuntrer til positiv helseatferd (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sekundærforebygging, en form for tidlig sykdom deteksjon, identifiserer personer med høy risikofaktorer eller prekliniske sykdommer gjennom screening og regelmessig pleie for å forhindre sykdomsutbrudd (Nortvedt & Grønseth, 2016). Etter at sykepleiere har observert og vurdert symptomer og tegn ved på at sykdommen utvikler seg, jobber de med pasientene for å redusere og håndtere risiko. Ved å gi informasjon til legen, kan riktige behandlingstiltak iverksettes. Sykepleiere oppfordrer endring av individets livsstils valg, og fokuserer på metoder for tidlig oppdagelse av sykdommer slik at behandlingen kan bli mer effektiv (Nortvedt & Grønseth, 2016). For eksempel, regelmessige evalueringer av forebyggende tiltak til hjertesvikt utført av en sykepleier i forebyggende arbeid, kan redusere utviklingen av nyresvikt.

Det tredje nivået av forebygging, *tertiær forebyggings metode* innebærer behandling av eksisterende sykdom. På dette punktet av pleie har sykepleiere ansvar å forebygge nye helseproblemer hos personer med kronisk sykdom eller helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2016). De har også i oppdrag å hjelpe pasienter å utføre en omsorgsplan og gjøre eventuelle ytterligere atferdsendringer som er nødvendige for å forbedre forholdene (Nortvedt & Grønseth, 2016). Hvis f.eks. de primære og sekundære metodene ikke lyktes i forebyggingen av hjertesvikt, omfatter denne metoden for å minimere negative effekter, og forhindre fremtidige nyresvikt komplikasjoner hos pasientene.

2.2.2 Sykepleiens pedagogiske funksjon

Sykepleiepedagogikk er beskrivelse av all strategi innen sykepleiens kunnskaps- og kompetansefelt. Strategiene inkluderer veiledning, undervisning, støtte, oppmuntring, gi

muntlig og skriftlig informasjon, rådgivning og stille spørsmål om helse til pasienter og pårørende (Gammersvik, 2018, s. 51). Ifølge Brataas (2011, s. 18) er sykepleiepedagogikk «å støtte læreprosesser som fører til opplevelse av mestring i de endrende livssituasjonene». Situasjoner, pasienter og læringsbehovene er forskjellige for en sykepleier som møter de. Sykepleiepedagogisk praksis gjør derfor lettere for sykepleiere å møte pasientens behov for støtte, tilpasning og mestring. Sykepleiere formidler helserelatert informasjon, og støtter/oppmuntrer utvikling av holdninger, ferdigheter og selvtillit som er nødvendige for at pasienter skal kunne gjøre noe for å forbedre helsen (Brataas, 2011). Sykepleiere lærer også pasienter om å forebygge og håndtere medisinske tilstander. Ved å videreformidle informasjon hjelper sykepleiere pasienter til å ta kontroll over helsen. Det vil fremme trygghet, og kan ha stor betydning for pasientens opplevelse av livskvalitet (Brataas, 2011).

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2), har pasienter rett på nødvendige informasjon om sine sykdoms- og helsetilstand, og sykepleieren har plikt til å gi informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10).

Effektiv pasientopplæring involverer pasienter i omsorgen, og det kan øke sjansene for positive resultater. Sykepleiere kan undervise eller guide pasienter om selvomsorgs endring pasientene trenger å ta, hvorfor de trenger å opprettholde egenomsorg, hvordan gjenkjenne symptomer, hva de bør gjøre hvis det oppstår et problem, og hvem de kan kontakte hvis de har spørsmål. Fordelene kan for eksempel være at hjertesviktpasienter lærer om forebygging av medisinske tilstander som kan forårsake nyresvikt, og at de klarer å beholde uavhengighet ved å lære seg om egenomsorg.

2.3 Egenomsorg

Egenomsorg ifølge Orem er «individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve» (Cavanagh, 1999, s. 19). I tillegg beskriver Orem det, som «praksis med aktiviteter som et individ iverksetter og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Cavanagh, 1999, s. 19). Egenomsorg er enhver menneskelig reguleringsfunksjon som betrakter hele individets behov og den helheten av aktivitetene som individet iverksetter for opprettholdelse av helse og velvære (Cavanagh, 1999).

Egenomsorgsbehov: Orem beskriver åtte universelle aktiviteter som er vesentlige for egenomsorg. Hun anser disse egenomsorgsbehovene som *egenomsorgskrav* som stilles til den enkelte. Individets kapasitet for å møte disse kravene beskriver hun som *egenomsorgsevne*. Det

er mange egenomsorgskrav som gjelder for alle individer i alle aldre for å opprettholde helse og velvære. Balansen mellom krav og evner eller kapasitet er et sentralt prinsipp i Orem's modell (Cavanagh, 1999, s. 21).

Egenomsorgskrav: ifølge Orem er dette, den handlingen rettet mot tilveiebringelse av egenomsorg (Cavanagh, 1999). Tre kategorier av egenomsorgskrav er universelle egenomsorgskrav, utviklingsrelaterte krav og helsesviktrelaterte krav.

Universelle egenomsorgskrav: disse er assosiert med livsprosesser og opprettholdelse av integriteten til menneskelig struktur og funksjon. Behovene er felles for alle uavhengig av den enkeltes alder, omgivelser og helsestatus. De er; vedlikehold av tilstrekkelig inntak av luft, vann, mat, behov for eliminasjonsprosesser, behov for opprettholdelse av balanse mellom aktivitet og hvile, og mellom ensomhet og sosial interaksjon, forebygging av farer for menneskers velvære og behov for fremme av menneskelig funksjon (Cavanagh, 1999, s. 19).

Utviklingsrelaterte krav: dette er assosiert med omsorg om å forebygge med sikte på å fremme utvikling slik at det ikke oppstår skadelige virkninger i utviklingsprosesser, eller assosiert med omsorg for å bekjempe oppståtte virkninger avledet fra en tilstand (Cavanagh, 1999).

Helsesviktrelaterte krav: er nødvendig under sykdomsforhold, personskaade eller sykdom. Det inkluderer, å søke og sikre passende medisinsk hjelp, å være klar over og ta vare på effektene og resultatene av patologiske forhold, effektivt utføre medisinsk foreskrevne tiltak, endring av selvkonsepter ved å akseptere seg selv som å være i en bestemt helsetilstand og i spesifikke former for helsetjenesten, og å lære å leve med effekter av patologiske forhold (Cavanagh, 1999). Hjertesvikt- og nyresviktpasienter har ofte samme helsesviktrelaterte egenomsorgskrav: væskebegrensning, diett med lite salt, regelmessig vektovervåking, trening og medisiner (Eikeland et al., 2016; Gulbrandsen, 2016).

Egenomsorgssvikt er ifølge Orem «når en ikke er i stand til å oppfylle sine egne behov for egenomsorg på grunn av nye eller kroniske sykdommer, eller emosjonelle traumer. En blir nødt til å sette i verk nye tiltak for å sørge for seg selv, eller søke assistanse hos andre» (Cavanagh, 1999, s. 25). Overholdelse av medisinsk behandling og regelmessig overvåking av egenomsorg er nødvendig for å identifisere symptomer tidlig og vurdere effektiviteten av behandlinger (Cavanagh, 1999).

2.3.1 Adherence

Verdens helseorganisasjon definerer overholdelse som i hvilken grad pasientens atferd sammenfaller med anbefalinger fra helsepersonell. Dette begrepet er ment å være ikke-dømmende (WHO, 2013). Interne faktorer, som motivasjon, følelser og kognitive evner, påvirker også atferd for vedlikehold av egenomsorg, og motivasjonen er ofte drivkraften bak å utføre vedlikeholds adferd ved selvpleie (Ivarsson, 2017).

2.4 Motiverende Intervju – MI

Motiverende samtaler ifølge Miller og Rollnick, referert i (Ivarsson, 2017, s. 13) er «en samarbeidsorientert samtalemethode som har til hensikt å styrke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring». Motiverende intervju er en metode som setter pasienten i sentrum, med klart definert mål fra sykepleieren om å guide pasienten til endring i pasientens tempo (Ivarsson, 2017). Sykepleierens evne til å fremhente pasientens motstridende tanker («ambivalenser») eller usikkerheter, kompetanse til å støtte pasientens tillit, ferdigheter innen kommunikasjon, og lytteteknikker er avgjørende for vellykket samtale (Ivarsson, 2017). Målet med MI er «å hente frem og styrke pasientens mestringstillit» (Ivarsson, 2017, s. 15).

«Jeg var ingen god doktor – studiene mine hadde gått for fort, og praksisperioden på sykehuset hadde vært for kort – men det er ikke den minste tvil om at jeg var en vellykket doktor. Hva er hemmeligheten bak suksess? Å styrke mestringstillit.» AXEL MUNTHER, referert i (Ivarsson, 2017, s. 11)

Motiverende intervju er en prosess som vanligvis følger fire faser: å «engasjere» eller begynne samtale i en åpen omgivelse for samarbeid og relasjon, å «fokusere» på saken og vurdere pasientens beredskap til endring, å hente frem «endringssnakk» for å styrke pasientens motivasjon og selvtillit, og styrke beslutningen ved å oppmuntre pasienten til å «planlegge» (Ivarsson, 2017, s. 18).

Som omtalt tidligere bør motiverende intervju ha pasientsentrert perspektiv, det vil si, pasienten bør få muligheten til å medvirke i tilretteleggelse av tiltakene, som vil bli besluttet for pasientens del (Ivarsson, 2017). Brukermedvirkning er «et begrep som ... skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer og lar brukernes perspektiver prege utformingen av hjelpen» (Andreassen, 2005, s. 21).

3 METODE

3.1 Hva er metode?

Metoden er en redskap som beskriver og viser trinnene vi fulgte i gjennomføringen av oppgaven vår. Den er en fremgangsmåte som benyttes for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og er til hjelp i innsamling og analysering av data som er nødvendig i studiet (Dalland, 2017). Når man samler og analyserer data i empiriske studier, benyttes kvalitativ, kvantitativ eller en kombinasjon av disse metodene (Friberg, 2017). Metodene er viktige for å få forskjellige typer kunnskap, og bidrar til bedre forståelse av hvordan enkeltgrupper i samfunnet vårt lever og samhandler (Dalland, 2017). I arbeidet med denne bacheloroppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i den svenske læreboken *Dags för uppsats* (Friberg, 2017).

3.1.1 Kvantitativ metode

Valg av metode avhenger av hva man ønsker å undersøke. «Kvantitativ metode brukes for å få bredde kunnskap, finne årsakssammenhenger og for å teste hypoteser som kan overføres til personer eller situasjoner» (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 102).

Kvantitativ forskning fremstilles i form av målbare og sammenlignbare enheter, som tall og grafer, og den brukes til å teste eller bekrefte teorier og antagelser (Dalland, 2017). Denne typen forskning kan brukes til å etablere generaliserbare fakta om et emne. Resultatene har til hensikt å gi en forklaring på det området som undersøkes (Dalland, 2017).

Randomisert kontrollert studie (RCT) er en eksperimentelle design som brukes for «... å få best mulig valide og reliable funn om årsak og virkning» (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 106). Her blir en utvalgt gruppe tilfeldig delt i to, til en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe der den ene gruppen får ny intervensjon og den andre får bare den vanlige behandlingen eller placebo (Drageset & Ellingsen, 2009).

Kvasi-eksperiment: er når RCT-modellen ikke kan oppfylles helhetlig på grunn av etiske eller praktiske hindringer (Friberg, 2017). Til tross det er mindre kontroll i denne metoden på grunn av mangel på randomisering, har metoden en fordel til å gjøre undersøkelsene skjer i den naturlige verden (Drageset & Ellingsen, 2009).

3.1.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ tilnærming uttrykkes i ord. Den brukes til å forstå konsepter, tanker eller opplevelser (Dalland, 2017). Denne type forskning gjør det mulig å samle inngående innsikt i fenomener som ikke er godt forstått, og gir bedre informasjon om hvordan opplevelser, erfaringer, forventninger og behov kan oppfylles (Friberg, 2017). Informasjonen innhentet ved bruk av

denne metoden lar seg ikke tallfeste, og kan ikke måles på samme måte som ved kvantitativ metode (Dalland, 2017). Tilnærmingen karakteriseres av å få frem sammenhenger og det særegne på et område, og resultatet har til hensikt å formidle forståelse av fenomener, og data samles inn ved direkte kontakt med feltet (Dalland, 2017).

Kvalitativ metasyntese ifølge Schreiber referert i Friberg sin bok (2017, s. 131), er «the aggregating of a group of studies for the purposes of discovering the essential elements and translating the results into an end product that transforms the original results in to a new conceptualization». Motivet er å finne ut hvordan resultatene fra andres primærstudier forholder seg til hverandre, og beslutte med et nytt oppsummeringsbilde av et spesielt fenomen. Det er altså når allerede publiserte forskningsresultater sammen-stiles, analyseres og tolkes med hensikt til å skape en ny helhet eller veiledning fra resultatene av de valgte forskningsartikler (Friberg, 2017, s. 130-131).

Oversiktsartikkelen (systematic - review) (Dobre et al., 2012), som er hoved grunnlag til valg av vår hensikt er en systematisk oversiktsartikkel. Den er publisert etter sammenstilling og tolkning av resultater fra allerede presenterte vitenskapelige tidsskrifter innenfor et avgrenset fagområde (Dalland, 2017, s. 163). Den gir oppsummering av forskninger innenfor forebygging av nyresvikt hos hjertesviktpasienter. Analysen av oversiktsartikkelen er basert på metasyntetisk tenkning, det vil si, forskerne har etter analysering av eksisterende resultater, har gitt et nytt resultat og konklusjon. Oversiktsartikkelen er fagfelleurdert vitenskapelig artikkel, og den er bygget over IMRaD-modellen (Introduction, Method, Result and Discussion).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Denne oppgave benytter integrativ litteraturoversikt som metode. En litteraturoversikt er et søk, evaluering, syntetisering og dokumentasjon av tilgjengelig litteratur i det valgte emneområdet (Friberg, 2017). Metoden «... handlar alltså om att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterade område, eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde» (Friberg, 2017, s. 141). En god litteraturoversikt oppsummerer ikke bare kilder, den analyserer, syntetiserer og evaluerer kritisk for å gi et klart bilde av kunnskapens tilstand om emnet. Litteraturoversikt kan bli utført som generell og som integrativ (Friberg, 2017). Motivet for begge metodene er å skape en oversikt over et bestemt emne, og å trene en strukturert måte å jobbe på ved å utføre systematisk innsamling av allerede publiserte forskningsresultater. Både kvantitative og kvalitative artikler kan brukes i en litteraturoversikt (Friberg, 2017).

Integrativ litteraturoversikt «... innebær ... datareduktion, skapa översikt och göra jämförelser ... dra slutsatser och verifiera, eftersom fokus är riktat mot att syntetisera resultatene från de ulike studierna till det som kan benämnas 'en ny helhet'» (Friberg, 2017, s. 150). Metoden frembringer ny kunnskap om et tema ved å gjennomgå, kritisere og syntetisere representativ litteratur om et tema på en integrert måte slik at nye rammer og perspektiver om temaet skapes. Metoden tar utgangspunkt i Fribergs analysemodell. I denne type litteraturoversikt er det derfor nødvendig å bevise hvordan dataene er assosiert, sammenstille funnene fra de analyserte artiklene, kvalitets granske dem, og ekstrahere nye konklusjoner fra relevant bakgrunn innhold (Friberg, 2017).

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av databaser

For å finne empiriske studier som samsvarte med vår hensikt, søkte vi i relevante databaser. Databasene var tilgjengelige via bibliotekets nettside. Relevante databaser inkluderte CINAHL, MEDLINE, SveMed+, Idunn, og British nursing index. Disse databasene inneholder aktuell forskning for sykepleiefaget. I søkeprosessen kom vi frem til at SveMed+ og Idunn, som består av skandinaviske artikler, ikke hadde noen relevante empiriske studier som passet med vår hensikt. Det fant vi heller ikke i databasen British nursing index. Vi forsøkte flere forskjellige søkestrategier uten gode resultater. Dermed er samtlige artikler hentet fra CINAHL og MEDLINE. I disse databasene fikk vi flere gode resultater i søkeprosessen selv om det ikke var et bredt utvalg av empiriske studier som var relevante for vår hensikt.

3.3.2 Valg av søkeord

For å finne relevante forskningsartikler, avgrenset vi søket ved hjelp av relevante søkeord. Vi ville undersøke hvordan sykepleier kan forebygge nyresvikt hos hjertesviktpasienter. Med utgangspunkt i at sykepleier har en pedagogisk funksjon, søkte vi dermed på «sykepleier, forebygge hjertesvikt, forebygge nyresvikt, pasientinformasjon og pasientundervisning». Siden vi brukte CINAHL og MEDLINE som søkedatabase, ble det naturlig å benytte engelske søkeord. Søkningen ble utført ved å anvende søkeord: «Nurs*» (132 845 treff), «Patient education OR Patient information» (29 295 treff) og «Heart failure OR Chronic heart failure» (23 185 treff). Vi kombinerte de ulike søkeordene for å finne et utvalg av artikler, og endte med 160 treff. Ved hjelp av våre eksklusjonskriterier, som alder på artikkel, geografi, forskningsartikkel og fagfelleverdert valgte vi bort uaktuelle artikler.

3.3.3 Valg av søkestrategi

Vi har brukt systematisk litteratursøking som søkestrategi. Denne innebærer kriterier som avgrenser søkeresultatet (Dalland, 2017). Oppgaven vår baserer seg på ulike kilder. Vitenskapelige artikler, systematisk oversiktsartikkel, relevant sykepleieteori, pensum bøker og annen faglitteratur er benyttet. Artiklene utgjør oppgavens vitenskapelige grunnlag, mens sykepleieteori og annen litteratur bidrar med ulike meninger som er essensiell for diskusjonen av artikkelanalysen. Kriteriene vi brukte for å avgrense søket for de vitenskapelige artiklene er: artikler publisert etter 2010, fagfelleverderte forskningsartikler, og krav om å følge IMRaD-modellen. Litteratursøket var veldig krevende. Dette er fordi det ikke var noe tilgjengelig empirisk forskning som korresponderte eksakt i vårt tema etter benyttet avgrensings kriteriene. I tillegg ønsket vi å bruke forskning som var publisert i nyere tid, samt å knytte søket til geografi slik at forskningen blir sammenlignbar med norske helsevesen.

Oppgaven vår har forebygging av nyresvikt hos hjertesviktpasienter i hensikt. Vi valgte å benytte denne oversiktsartikkelen (Dobre et al., 2012) som grunnlag eller utgangspunkt til arbeidet vårt i forbindelse med problemstillingen og hensikten vi har i denne oppgaven. Med dette i vår tanke, fokuserte vi på litteratursøk om hvordan en sykepleier kan hjelpe pasienter å håndtere sin underliggendesykdom (hjertesvikt) slik at eventuell utvikling av nyresvikt blir forsinket. Vi søkte først artikler som direkte omhandler sykepleiemetoder for forebygging av nyresvikt hos hjertesviktpasienter, men søket ga ingen empirisk treff. Noen få artikler vi hadde funnet inngikk ikke i vår utvalgs kriterier med tanke på publiseringstid, og at de var ikke sammenlignbare med den norske helsevesen geografisk sett. Oversiktsartikkelen til Dobre et al. (2012) er publisert i 2012, og vi fant ingen lignende empirisk-artikkel som ble publisert etter den. På kliniske fag innen sykepleie vil det være viktig med oppdatert kunnskap. Ved å søke oss frem til forskning fra nyere tid, vil dette kunne være overførbart til det norske helsevesen i nåtid. Helsesystemet i Canada, USA, Europa og store byer i Japan deler flere likhetstrekk med den vi har i Norge. Optimalt ønsket vi forskning fra andre skandinaviske land ettersom disse er tilnærmet helt lik helsevesenet i Norge. Men søket etter artikler i skandinaviske databaser var uten resultat.

Vi har brukt flere ekstra dager på søkeprosessen grunnet vurdering av artiklenes relevans i forbindelse med vår hensikt. I mellomtiden var vi i tvil om å bytte hensikt eller tema. Men siden begge oss var engasjerte i temaet, bestemte vi å fortsette søket. Samtidig var vi ganske

overrasket på hvorfor temaet var lite studert til tross temaet er veldig viktig innen sykepleiestudiet, og for aktuelle pasienter.

3.3.4 Valg av artikler

Som omtalt i underkapitlet, søkestrategi, var valg av artiklene basert på inklusjonskriterier at artiklene var fagfellevurdert, og ikke er eldre enn ti år. Inklusjonen omfattet også at artiklene fulgte krav om innhold og form etter IMRaD-strukturen for å vurdere artiklenes kvalitet på gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2017). For de søkekombinasjonene hvor det ble flere treff ekskluderte vi flere artikler som følge av manglende relevans for vår hensikt, og som ikke tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Til slutt har funnet frem fire egnede empiriske studier som er relevant for oppgavens hensikt. Vi bygget et helikopterperspektiv (Friberg, 2017), og leste abstrakter med kritisk blick på det vi virkelig lettet etter, for å få oversiktsbilder og se på hvilke metoder forskerne benyttet seg av. Når vi leste igjennom artiklene, vurderte vi kontinuerlig om resultatene deres var overførbare for å belyse vår hensikt. Denne tidkrevende prosessen endte opp med de fire artiklene vi valgte for vår oppgave. Artiklene tilfredsstiller ovennevnte kriterier. I løpet av søkeprosessen har vi funnet en kvalitativ og tre kvantitative studier.

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler

Artikkel	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
Jaarsma T., Nikolava- Simons M. & Van der Wal M. H. L. (2012). Nederland	å forbedre pasientens overholdelse (compliance) av medisiner og symptom overvåking.	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. 8 sykepleiere fulførte hefter med to vignetter som involverte medisiner og symptom.	CINAHL
Paradis V., Cossette S., Frasure- Smith N., Heppell S. & Guertin M-	Å evaluere den foreløpige effekten av en sykepleieintervensjon med sikte på å forbedre egenomsorg hos pasienter med hjertesvikt ved å	Pasient	Kvantitativ tilnærming. Tretti hjertesviktpasienter som bodde hjemme, fikk 3 intervensjoner/intervjuer (1 personlig, 2 på telefon). Effekten av intervensjonen ble vurdert på 5	MEDLINE

C. (2010). Canada	forbedre pasientenes selvtillit og overbevisning om å utføre denne egenomsorgs atferden.		egenomsorgs utfall (væskebegrensning, saltfattig diett, daglig vektmåling, trening og medisinerer) ved hjelp av analyse-av-kovarians modeller.	
Masterson Creber R., Patey M., Lee C. S., Kuan A., Jurgens C. & Riegel B. (2015). USA	For å teste effekten av en tilpasset motiverende intervju (MI) intervensjon versus vanlig omsorg for å forbedre hjertesvikts egenomsorgsatferd, fysiske HF symptomer og livskvalitet.	Pasient	Kvantitativ tilnærming. 100 deltakere fikk et enkelt hjemmebesøk og 3–4 oppfølgingstelefoner umiddelbart etter utskrivelse fra en sykepleier over 90 dager.	MEDLINE
Otsu H. & Moriyama M. (2010). Japan	Å tilby et pedagogisk selvedelsprogram til japanske polikliniske pasienter med kronisk hjertesvikt for å forbedre deres kliniske resultater.	Pasient	102 polikliniske pasienter med kronisk hjertesvikt har deltatt. 50 deltakere i intervensjonsgruppen og 52 deltakere i kontrollgruppen. Kontrollgruppen fikk medisinsk behandling og standardbehandling. I tillegg til dette fikk intervensjonsgruppen også et utdanningsprogram i 6 måneder.	CINAHL

3.4 Analyse av artikler

Vi har brukt Friberg (2017) sin analysemetode for analysering av studiene vi brukte i denne oppgaven. Vi startet analysearbeidet med å lese grundig og flere ganger gjennom artiklene for å forstå innholdet og sammenhengen. For å få en tydelig oversikt, satte vi de viktigste

resultatene inn i en oversiktstabell. Etter det fant vi ut likheter og forskjeller i studienes teoriutgangspunkter, metodiske tilnærminger, analysemetoder, og resultater. Videre foretok vi en datareduksjon. Resultatene som sammenfaller med vår hensikt, ble valgt ut til videre analysering. Gjennom dette analysearbeidet, kom vi frem til to hovedkategorier og tre underkategorier som er relevante til å besvare vår hensikt og problemområdet.

4 RESULTATER

Resultatdelen skal vise fram de hovedfunnene vi funnet i studiene og andre viktige temaer under hovedfunn. Som nevnt i metodekapitlet, analyserte vi fire relevante forskningsartikler, og delte resultatene fra studiene under to hoved- og fem underkategorier. Disse funnene presenteres i tabellen under.

Tabell 2. Oversikt over kategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Styrke pasientens egenomsorg	<ul style="list-style-type: none"> - Øke pasient kunnskap - Adherence - symptomgjenkjenning
Bruk av motiverende intervju	<ul style="list-style-type: none"> - Styrke pasientens overbevisning og selvtillit - Øke motivasjon

4.1 Styrke pasientens egenomsorg

Pasientens egenomsorg kan styrkes ved å øke pasientens kunnskapsnivå, adherence og symptomgjenkjenning (Jaarsma et al., 2012; Otsu & Moriyama, 2011). Pasient kunnskap er en viktig og utfordrende del av hjertesviktbehandling, og det er ikke nok med enkelt forklaring og fakta om målingene (Jaarsma et al., 2012).

I studien til Jaarsma et al. (2012) nevnte alle sykepleiere som deltok i undersøkelsen viktigheten av å øke pasient kunnskap, tilpassende helseinformasjon til pasient, og motiverende intervju. De mente økt pasient kunnskap vil forbedre pasient overholdelse av medisinbruk og symptom gjenkjenning. I tillegg hevdet sykepleiere at pasientene vil trenge økt kunnskap til overholdelser av flere egenomsorgsbehov, f.eks., til diett- og væskebegrensning, daglig veing, og trening (Jaarsma et al., 2012, s. 588-590). Jaarsma et al. (2012, s. 591) avdekket også at pasientundervisning bør være kontinuerlig, nøyte, enkel å forstå, og tilpasses pasientens helsetilstand, kunnskapsbakgrunn, og tenkning.

Sykepleiere i studien til Jaarsma et al. (2012, s. 588) hevdet også at de trengte å vite mer om pasientens overholdelsesatferd, pasientens legemiddelbrukshistorie, og andre sykdommer pasienten har for å kunne finne gode intervensjoner tilpasset pasientens krav. I tillegg til dette begrunnet sykepleiere at informasjonen vil ha stor betydning for å veilede pasienten videre om medisin administrasjon og symptomovervåkning.

Otsu & Moriyama (2011, s. 143-145) avdekket en rekke fordeler av økt pasient kunnskap; gjennomføringsgraden for egenkontroll angående forverring av symptomene på hjertesvikt i intervensjonsgruppen forbedret seg betydelig sammenlignet med kontrollgruppen ved 6. og 12. måneder. Egenomsorg når det gjelder medisin administrasjon, vekt overvåkning og trening ble betydelig forbedret. Pasienter som fikk passende undervisning, viste å ha god egenkontroll i administrasjon av medisin. I tillegg viste intervensjonsgruppen å ha god forståelse av effekten av lav natriumdiett, og deres systoliske blodtrykk ble bedre innen ett år (seks intervensjons måneder og seks datainnsamlings måneder). Hjerterfunksjonens forbedring ble registrert til å være på 13,6 %. Vekten til deltakere i intervensjonsgruppen ble signifikant bedre med hastighet på <5 % innen det året. Det ble beskrevet at intervensjonsgruppen har hatt bedre resultat av det emosjonelle, fysiske og sosiale score med en hastighet på 1% etter 6, 9, og 12 måneder.

Otsu & Moriyama, (2011) avdekket også det å styrke pasient kunnskap ved tilstrekkelig informasjon om egenomsorg, kronisk hjertesvikt, og lære pasientene om atferds modifisering kan bidra til å redusere forverring av sykdom, og vedlikeholde helsestatus (Otsu & Moriyama, 2011, s. 146).

4.2 Bruk av motiverende intervju

Paradis et al. (2010, s. 138) avdekket at selvtillit og overbevisning er de viktigste katalysatorer for å øke egenomsorgs oppførsel hos pasienter med hjertesvikt. Resultat viser også at bruk av MISC- intervensjon (Motivational Interviewing on the Stages of Change) har en stor betydning for å øke pasientens egenomsorgs adferd spesielt hos pasienter som har hjertesvikt. Da effekten av MI-intervensjon ble vurdert, hadde pasienter i eksperimentgruppe hatt høyere effekt på tilliten til å utføre egenomsorgs oppførsel enn de i kontrollgruppe (Paradis et al., 2010, s. 136).

Sykepleiere som deltok i undersøkelsen til Jaarsma et al. (2012, s. 590-591) har understreket at ved bruk av motiverende intervju som teknikk, kan pasientene bli oppfordret til å utføre en viss egenomsorgs endring. Å respektere pasientens autonomi med hensyn til at pasienten medvirker i bestemmelser av livsstilsendringer ble oppfattet som en måte å motivere pasienten på (Jaarsma et al., 2012).

Masterson Creber et al. (2016, s. 260) avdekket resultater angående forbedring i vedlikehold av egenomsorg, og endring og opprettholdelse av selvtilliten. Begge resultatene hadde enorm økning etter 90 dager med MI-samtaler i intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen / den vanlige pleien.

5 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena av studiene

Studier brukt i vår oppgave ble utført i Nederland, Canada, USA og Japan. Vi tenker at disse land kan representere den norske helsevesen da de har avansert medisinsk behandling og helsepersonell med høy utdanning (Halvorsen et al., 2019). Det ville vært optimalt med studier utført i Skandinaviske land siden de har sosialdemokratisk velferdsordning samme som Norge (Halvorsen et al., 2019). Men som nevnt i metodekapitlet, fant vi ingen relevant studie der fra.

Studiene ble utført i poliklinikker (Otsu & Moriyama, 2011; Paradis et al., 2010) og i hjemmet hos pasientene (Masterson Creber et al., 2016). Brataas (2011, s. 24) hevder at hjemmet i tillegg til at det er en arena for familieliv, er den også et arena for sykepleiepedagogikk og pleie. Det er et arena der sykepleiere kan hjelpe pasienter til å finne mening i et liv med sykdom, og veilede pasientene til å mestre utfordringene.

5.1.2 Studienes deltakere

De inkluderte studiene har både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv, og både mannlige og kvinnelige sykepleiere og pasienter har deltatt i studiene. Sykepleierne hadde variert arbeidserfaring, fra nyutdannede inntil mer enn ti års erfaring. Flere av de var spesialutdannet innen hjertesvikt. Sykepleiernes arbeidsmiljøer var akademiske sykehus, klinikker og innen hjemmesykepleie. Inklusjonskriterier for sykepleiere i studien til Jaarsma et al., (2012) var: at de kunne snakke nederlandsk språk slik at de kan gi rik informasjon for en grundig studie, at de skulle presentere et mangfoldig bilde når det gjelder deres erfaring (lite og mye), utdanning (formell kvalifiserte sykepleiere og sykepleiere som spesialiserer seg på hjertesvikt) og arbeidsplass (sykehus, hjertesviktpoliklinikk og hjemmetjeneste). Disse inklusjonskriterienes fordel er inkluderingen av mangfoldige sykepleiere som representerer aktuell personalgruppe. Felles inklusjonskriterier for pasientene i studiene til Otsu & Moriyama (2011), Masterson Creber et al. (2016) og Paradis et al., (2010) var, at de var over 18 år, diagnostisert med hjertesvikt grad 1-3, og at de hadde den fysiske, mentale og kognitive kompetansen til å delta fullt ut i de intervensjonsprogrammene. Pasientene som hadde kognitiv svikt, psykiske lidelser, og langtidspleie trengende hjertesvikt (i stadier 4 eller 5) var ekskludert fra overnevnte studiene.

Antall deltakere varierte fra 8 til 102, og intervensjonene ble utført fra ti dager til ett års tidsrom. Etersom studiene handlet om egenomsorg og livsstilsendring, kan lengre varighet av intervensjoner gi kvalifisert resultat. Vi mener altså representativiteten til studien øker med

antall deltakere og intervensjonstid. For eksempel, i studien til Otsu & Moriyama (2011) ble gjennomføringsperioden satt til 6 måneder (dette var fordi forskerne mente at det kreves minimum seks måneder å tilegne seg til selvpleie ferdigheter), og tilleggsdata ble samlet inn i 6 måneder etter intervensjonsperioden. Som resultat har forfattere av denne artikkelen funnet mange gode funn (Otsu & Moriyama, 2011). Pasienter trenger å bli beundret, berømmet og følges for å holde seg på den endrede nye egenomsorgs karakteren, og sykepleiere må være positive til deres innsats, og bør hjelpe pasientene til å formulere deres mislykket forsøk igjen (Ivarsson, 2017). Derfor stiller vi oss mer kritisk til studiene gjort av Masterson Creber et al. (2016) og Paradis et al. (2010) fordi intervensjonenes- og datasamlingstiden var relativt kort. Så tilbakefallet kan skje innen kort tid etter at MI-samtalen er ferdiggjort (Ivarsson, 2017). I tillegg til dette, resultatene kunne blitt ubetydelig på grunn av kort intervensjonstid (Paradis et al., 2010, s. 138).

5.1.3 Studiens metode

I studiene til Masterson Creber et al. (2016) fikk pasientene enkelt hjemmebesøk, og tre til fire telefonsamtaler innen 90 dager. Studien til Paradis et al. (2010) inkluderte også to telefonsamtaler og en fysisk møte. Undersøkelsen var gjort ferdig etter ti dager, og data ble innsamlet en måned etter randomisering (Paradis et al., 2010). Forskerne brukte to prinsipper av andre intervensjonsmodeller, Transtheoretical Model (TTM) og Motivational Interviewing (MI) modell, der TTM er basert på konsept i endringsstadier. Forskerne har kombinert disse to prinsippene, og testet Motiverende intervju basert på endringsstadier i deres studie. Modellen som forskerne brukte i aktuelle studie forkortes som MISC (Motivational Interviewing based on the Stages of Change). I studien til Jaarsma et al. (2012), fullførte sykepleierne hefter utviklet for studien som datainnsamlingsverktøy. I heftene ble to vignetter angående samme pasient beskrevet, som adresserte en rekke utfordringer med hensyn til overholdelse av medisiner og symptomgjenkjenning. I studien til Otsu & Moriyama (2011) fikk pasientene undervisningsprogram en gang per måned for seks måneder. Datainnsamling ble gjort i begynnelsen av programmet, og i tredje, sjette, niende og tolvte måneder.

5.1.4 Kvantitativ tilnærming som metode

Som nevnt i metodekapitlet, brukes kvantitativ forskningsmetode «... for å teste hypoteser som kan overføres til personer eller situasjoner» (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 102). Vi mener at studiene til Otsu & Moriyama (2011) og Paradis et al. (2010) har til hensikt akkurat dette. I studien til Otsu & Moriyama (2011) fikk pasientene pedagogisk selvledelses program, og

forskernes hypotese var at pasientene skulle velge og utføre passende selvledelses aktivitet for å forbedre kliniske resultater, og ha god livskvalitet. Studien til Paradis et al. (2010) hadde som hensikt å evaluere effekten av motiverende intervju ved å styrke pasientenes overbevisning («conviction») og selvtillit («confidence») for å forbedre egenomsorgs atferd hos hjertesviktpasienter. Samtlige kvantitative studiene er randomisert, kontrollertstudier (RCT), der effekten av studiene er målt ved sammenligning av en intervensjonsgruppe med en kontrollgruppe som ikke har vært inkludert i intervensjonen (Friberg, 2017).

Studiet til Masterson Creber et al. (2016) er en kvasi-eksperiment, grunnet tilfeldig trekning av gruppene ble ikke oppfylt. Den vanlige pleien som alle pasientene får på sykehuset, ble brukt i stedet for kontrollgruppe. Ettersom artikkelen er enkel-blind eksperimentell studie, mener vi at reliabiliteten er sterk (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 108). Studien har til hensikt å teste motiverende intervju, for å forbedre egenomsorgs atferd, symptomer og livskvalitet.

For analysering av resultatene benyttet studiene til Masterson Creber et al. (2016), Otsu & Moriyama (2011) og Paradis et al. (2010), seg SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), «et mye brukt dataprogram innen kvantitativ analyse» (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 105). Statistiske signifikansen ble angitt som $p < 0.05$, som betyr at det er mindre enn 5% mulighet for at resultatene er basert på tilfeldigheter. I tillegg til dette brukte studiene til Masterson Creber et al. (2016) og Paradis et al. (2010) konfidensintervall for å få tillegg informasjon om variasjonen i gruppene. Smalt konfidensintervallet, for eksempel 0.1 og 0.2, betyr resultatet er mye presis, hvor som større nummer i intervallet anses som mindre sikkerhet i resultatene (Drageset & Ellingsen, 2009). Vi mener at dette er tilstrekkelig bekreftelse til at studiene er gyldige.

5.1.5 Kvalitativ tilnærming som metode

I studiet til Jaarsma et al. (2012), ble det utført en kvalitativ studie med en rettet innholdsanalyse ved bruk av data fra et utvalg av nederlandsk språklige sykepleiere som fylte ut hefter med to vignetter for å beskrive sykepleieres beslutningstaking og håndtering av utfordringer i daglig arbeidspraksis. De fikk også muligheten til å beskrive annen informasjon de vurderte var viktig. Som beskrevet i metodekapitlet brukes kvalitativt tilnærming for å forstå meninger og opplevelser, som blir uttrykt med ord (Dalland, 2017). I tillegg til at studien har utfordret sykepleiere om å utdype tiltakene de mener var viktig, forklarte innholdet i vignettene aktuelle problemstillinger som vi kommer til å treffe i praksis. Derfor mener vi bruk av kvalitativt metode i denne studien var beskrivende.

Som nevnt i metodekapitlet, syntetisering av dataene i kvalitativ tilnærming karakteriseres ved å få frem sammenhenger, og datasamling gjøres ved å kontakte kildene direkte (Dalland, 2017). I studien til Jaarsma et al. (2012) ble dataene i de to heftene som sykepleierne fylte ble kodet av to eksterne kodere. Kodere fikk først grundig kjennskap over innholdet i heftene og over sykepleieres tanker. En tredje eksternt koder hjalp i tilfellene det var noe uenigheter mellom de to første. Kodene ble sammenlignet med en allerede kodet eksisterende veiledning for intervensjoner. Til slutt ble listene for intervensjonene lest flere ganger, og gruppert i kategorier som eksisterende og nye intervensjoner. Forskere i studien var interessert om å diskutere alle strategiene sykepleierne brukte i møte med utfordringene/vignettene som var skrevet i heftene, og de fremhevet mer over de intervensjonene som de mente var nye. Vi har ansett begge deler av intervensjonene som ble beskrevet i studien som relevant til vår hensikt om å forebygge nyresvikt hos hjertesviktpasienter.

I samtlige studier brukt i denne oppgaven ble krav til etiske forhold oppfylt ved at deltakerne ble informert før studienes start, deltok med vilje, og ble anonymisert.

5.1.6 Integrativ litteraturoversikt som metode

Denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt basert på fire vitenskapelige forskningsartikler. I tillegg trekker vi inn relevant litteratur. Vi mener bruk av kvalitative og kvantitative tilnærmingen i de utvalgte studiene har vært tilfredsstillende til å beskrive forfatterens hensikt og problemstilling. Metodene belyser også vår hensikt om å forebygge nyresvikt hos hjertesviktpasienter, og svarer på problemstillingen vår om hvordan sykepleiere kan utføre det.

Det har vært utfordrende og tid krevende å finne relevante artikler som besvarer vår problemstilling med publiseringstid etter 2010. Ettersom vår hensikt er å forebygge nyresvikt hos pasienter med allerede kjent hjertesvikt, valgte vi å søke etter artikler som ble studert med tanke på hjertesviktpasienter. Søket ga ikke mange resultater, men vi mener at forskningsartikler vi benyttet er tilstrekkelige. Andre søkeord kunne ha gitt andre svar, men det er ikke garantert at resultatene ville svart vår problemstilling. Alle artiklene brukt i denne oppgaven var på engelsk, og det kan være at vi har gått glipp av noe i oversettelsen. Vi har brukt mye tid på oversettings- og analyseringsarbeidet. Men med Friberg (2017) sin analysemodell i bruk, mener vi at vi har tolket studiene på best mulig måte.

5.2 Resultatdiskusjon

Våre funn viser at det å styrke pasienters egenomsorg og å benytte motiverende intervju vil kunne forebygge utviklingen av nyresvikt hos pasienter med allerede kjent hjertesvikt. I dette delkapittelet vil vi diskutere disse funnene. Artikkene som denne oppgaven bygger på, belyser viktige tiltak sykepleieren kan iverksette for å forebygge nyresvikt hos hjertesviktpasienter. Studiene beskrev også noen utfordringer som eventuelt kan forekomme under forebyggingsprosessen. Diskusjonen vil drøfte våre funn og utfordringene, ved hjelp av teori og vår egen refleksjon.

5.2.1 Styrke pasientens egenomsorg

Våre funn viser at å øke pasienters kunnskapsnivå, endring i adherence og symptomgjenkjenning er essensielle elementer for å styrke pasientens egenomsorg. Studien til Otsu & Moriyama (2011, s. 141) fremhever at andelen av kroniske sykdommer økt betydelig på grunn av mindre medisinoverholdelse og livsstilssykdommer. Sykepleiers pedagogisk praksis med mål om å øke pasientenes kunnskap om sykdom, å informere risikoer av å ikke overholde egenskapsbehov, og å informere fordeler av å være adherent, kan gi pasientene kunnskap de manglet for å få mening i deres liv. Otsu & Moriyama (2011, s. 141-142) peker også på at pasientene som har lite kunnskap eller forståelse av sykdom, har dårlig kontroll av diett med lav natrium, og fort utvikler alvorlig sykdomsforløp. Et undervisningsprogram til hjertesviktpasienter er viktig for å redusere innleggelse på grunn av forverring av symptomene, utvikling av nyresvikt og reinnleggelse på sykehus (Otsu & Moriyama, 2011).

Begrepet kunnskap forklares som kjennskap og innsikt om sykdom og behandlingsprosess (Kristoffersen, 2011, s. 162), mens «læring er en prosess der kunnskap skapes og resulterer i en endring i mentale representasjoner eller assosiasjoner på grunn av en opplevelse» (eget oversettelse) (The peak performance center, 2021). Sykepleiere har stor rolle i utøvelsen av sykepleien som pasienten trenger. De formidler nødvendig kunnskap, og hjelper pasienter å forstå og anvende informasjonen som ble gitt. Travelbee beskriver sykepleie at den er «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29). Som nevnt i teorikapitlet, noen av sykepleiers funksjoner er å forebygge, fremme helse, støtte og undervise (Alsvalg, 2018), og sykepleiens pedagogiske funksjon bør være personsentrert (Brataas, 2011).

I sykepleiepedagogisk aktivitet trenger sykepleiere kunnskap om hvordan de skal handle profesjonelt når de «praktiserer pedagogikk overfor pasienter» (Brataas, 2011, s. 20).

Pasienter har rett til å få nødvendig helsehjelp, og sykepleier har plikt til å gi den hjelpen på en faglig forsvarlig måte. Forsvarlighets loven har bestemt at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Krav til faglig forsvarlighet innebærer at pasientene behandles av faglig kompetente helsepersonell, og beskyttes unødvendige skader. Samtidig for å gi pasient tilstrekkelig helsehjelp, pliktes helsepersonell å oppdatere seg i deres eget fagfelt (Molven, 2019). Derav sykepleierens oppdaterte faglige kunnskap og god datasamling, er innledende faktor for å opprette praktiske tiltak i forebyggings prosessen. Sykepleierne i studien til Jaarsma et al. (2012) bekrefter dette i deres undersøkelsen. De krevde informasjon om pasientens medisinske, kliniske, psykiske og fysiske status slik at intervensjonene skulle være passende til den enkelte pasienten.

Brukermedvirkning er et fundament i samhandlingen mellom pasient og sykepleier (Brataas & Hellesø, 2011), og sykepleier har ansvar å sørge for at pasientens medvirkningsrett er ivaretatt (Andreassen, 2005). Jaarsma et al. (2012) fremhever det å vise respekt til pasientens autonomi, og det å kunne åpne rom for pasientene til å bestemme hvilke handlinger de vil følge, genererer motivasjon om endring hos pasientene.

En systematisk gjennomgang som omfattet 69 studier og 1865 deltakere publisert av Fredericks et al. (2010), ble gjort for å bestemme hvilken tilnæringsmetode som er mest effektiv for å produsere endringer i pasientopplæring i hjertesvikt. Resultatene i denne artikkelen viste at effektstørrelsen for egenomsorgskunnskap var større hos pasienter som fikk undervisningen i flere økter. I tillegg ble det avdekket at det var et statistisk signifikant resultat i utførelsen av egenomsorgsoppførsel i alle studiene som utførte pasientopplæring i flere økter. Derimot var det kun 47,0 % av studiene som viste signifikant resultat etter en enkelt økt (Fredericks et al., 2010, s. 35).

I Norge har «pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til å få utarbeidet individuell plan ...» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-5). Individuell plan (IP) er «et sentralt verktøy som sikrer at tjenestemottakeren når sine mål, at tjenestetilbudet er forutsigbart, planlagt, koordinert og preget av kontinuitet» (Boge, 2018, s.

76). Som omtalt i teorikapitlet, utvikler 60 % av hjertesvikt pasienter nyresvikt (Aune, 2014), og både hjertesvikt og nyresvikt kan utvikle seg til kroniske og irreversible. Derfor mener vi at pasienter denne pasientgruppen er en del av de med behov for individuell plan. Ettersom IP setter fokus på kontinuitet, og det å gjennomføre pasientundervisning i flere økter gir signifikant resultat, bør pasientene få tilbud om denne ordning. Vi mener også kunnskapen gitt i muntlig og skriftlig form vil gi bedre resultat i pasientens læringsprosess. Dette er fordi pasienter som får informasjonen skriftlig eller som lydopptak, har mulighet til å lese og høre på informasjonen gjentatte ganger. Vi mener også ved å bruke flere undervisningsmedier, kan det å øke pasient kunnskap for å styrke pasientenes egenomsorg bli forutsigbar. I tillegg vurderer vi at tilgangen til tilgjengelig informasjonsstoff som pasientene referere fra når de har behov, kan spille stor rolle i pasientenes adherence og symptomgjenkjenning. Som nevnt i teorikapitlet, bør hjertesvikt- og nyresviktpasienter ha overholdelse over inntaket av begrenset natrium i kostholdet, medisinaladministrasjon, trening og symptomgjenkjenning. Brataas & Hellesø (2011, s. 111) sier «skriftlig informasjon pasienten får ..., kan være nyttig for pasienten og andre som bistår pasienten». Funn fra artikkelen til Fredericks et al. (2010, s. 35) viser at levering av informasjon ved bruk av forskjellige medier, som telefonsamtaler med helsepersonell, brosjyrer og audiovisuelt materialer, hadde større effekt for å fremstille endringer i pasientens kunnskap og atferd enn bruken av bare ansikt til ansikt kontakt.

Vi tror at samarbeid mellom pasient og sykepleier, og samarbeid mellom helsetjenester er en annen forutsetning for å levere koordinert, planlagt og målrettet informasjon til pasienter. Sykepleiere i studien til Jaarsma et al. (2012, s. 591) erkjent at å bygge et samarbeidsforhold («building a collaborative relationship») mellom pasient og sykepleier er en betingelse for å forbedre pasientens overholdelse. I tillegg fremhever Brataas (2011) at samhandlingsarena mellom nivåer, f.eks. kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, er en essensiell forutsetning for å kunne møte pasientens behov. Ett av målene med samhandlingsreformen er at pasientene opplever en koordinert tilbud for helsetjeneste med kontinuitet i behandlingsforløpet uavhengig av hvor pasienten får tilbudet (St.meld. nr. 47, (2008-2009), s. 47-53). Tverrprofesjonelt samarbeid er nødvendig for kontinuiteten i hele pasientforløpet (Brataas, 2011), altså i både forebyggings- og behandlingsprosess. I tillegg peker Jaarsma et al. (2012, s. 590) på at pårørendesstøtte er et viktig element for kontinuiteten av forebyggings prosessen. Boge (2018, s. 79) mener at «mangel på kunnskap og opplæring i bruk av IP-verktøyet ...» og kravet som samhandlingen mellom nivåer krever, kan være annen utfordring til å levere et koordinert tjeneste til pasienter.

5.2.2 Bruk av motiverende intervju

Motiverende intervju er en av de viktigste kommunikasjonsmetoder eller målsamtale-former mellom sykepleiere og pasienter, og den har fokus på pasientens utfordringer, forståelse av pasienten, tilrettelegging av plan, og å veilede pasienten for å få endring og motivasjon (Helsedirektoratet, 2017). For å vurdere pasientens egenomsorgs adferd, brukte Paradis et al. (2010) MISC- intervensjon til pasienter med hjertesvikt. Resultatet viste at MI-samtale i forhold til pasientens endringsberedskap virker som et spesiell verktøy for å øke pasient egenomsorg. I tillegg mente Jaarsma et al. (2012, s. 591) at bruk av motiverende intervju som teknikk kan være et tiltak som vil gi god effekt i atferdsendring av egenomsorg.

Hjertesvikt krever en langvarig behandlingsprosess, og hvis den ikke har blitt forebygget i tidlig fase, kan nyresvikt oppstå og blir eventuelt forverret (Eikeland et al., 2016, s. 253-254). Dette gjør at pasienter trengte å ta flere medisiner i tillegg til kostholds regulering. Å forebygge nyresvikt hos hjertesviktpasienter krever mye energi og forståelse både fra pasienten og sykepleieren sine sider. Derfor er det ofte at pasienter føler det vanskelig å overholde egenomsorgskrav. Studien til Otsu & Moriyama (2011) viser at bruk av motiverende intervju har stor effekt på å øke motivasjon, og forbedre pasientens overholdelse. Dersom tilværelsen har endret seg, kan man miste livsmotet og det kan være vanskelig å se muligheter som gir motivasjon til hverdagsrehabilitering. Sykepleiers har rolle for å fremme selvtillit og overbevisning hos pasienter ved å utføre mestringsstrategier under motiverende samtaler.

Paradis et al. (2010) hevder at selvtillit og overbevisning er sentrale elementer for å utføre egenomsorgs atferdsendring. Derfor er det viktig å styrke pasienters overbevisning og selvtillit. Å guide pasientene i deres tempo med utgangspunkt fra det endringsstadiet de befinner seg blir anbefalt (Paradis et al., 2010). Helsedirektoratet (2017) peker på at motiverende intervju er et godt hjelpemiddel. Det er beskrevet som en samtaleteknikk som øker motivasjonen, og styrker pasientens selvtillit gjennom en samtale med en sykepleier. Det er pasientens tanker og følelser som står i sentrum, og det er pasienten som bestemmer sin egen fremtid (Helsedirektoratet, 2017). Ved å benytte verdiene som Helsedirektoratet (2017) beskriver for grunnverdier i MI, kan sykepleiere vinne det å styrke selvtillit og overbevisning hos pasienter. «Partnerskap» er den første grunnverdien. Samarbeid mellom pasienten og sykepleier bør ha et mål om å finne ut hva som er hindring for endring, og for å iverksette et plan for endringen sammen. Relasjon er «komplementær, det vil si at partene har ulike roller, men at rollene utfyller hverandre» (Barth et al., 2001, s. 122). Selv om sykepleieren styrer samtalen, er det pasientens ansvar å ta

beslutninger hvilke tiltakene pasienten ønsker å følge. Sykepleieren bør sørge for at pasientens autonomi er ivaretatt (Jaarsma et al., 2012). Kommunikasjons ferdigheter, som reflekterende lytting og å vise empati, er også avgjørende å bygge god relasjon med pasienten (Ivarsson, 2017). «Aksept» som er andre grunnverdi i MI, dreier seg om å vise pasienten at han er akseptert som han er (Ivarsson, 2017). Dette betyr at sykepleieren har fokus på å få samtalen til å passe ved erkjennelse av pasientens kulturell tro og mening, å overvinne barrierer og begrensninger og å iverksette en handlingsplan (Barth et al., 2001). Tredje grunnverdi er «Medfølelse». Sykepleier som prøver å sette seg i pasientens posisjon, kan lett vise forståelse og medmenneskelighet. Vi mener at dette kan styrke tilliten mellom pasienten og sykepleieren, og det kan få pasienten til å utvide tilliten til seg selv også. «Nysgjerrighet/fremkallelse» som er den fjerde grunnverdi, er å vise interesse til pasienten, og å åpne rom for pasienten til å fortelle egne grunner til hvorfor pasienten ønsker endring, og hva ressurser pasienten har (Ivarsson, 2017).

Jaarsma et al. (2012) presiserer at sykepleiere må erkjenne viktigheten av deres kunnskap om egenomsorg, og effektiviteten av tiltakene de bruker eller som blir testet angående selvledelse og mestring. Sykepleier som har kunnskap om forskjellige tilnæringsmetoder og kommunikasjons ferdigheter under MI-samtalen kan lykkes med målet sitt om å løse problemet (Barth et al., 2001). Å motivere ambivalente pasienter som har motstridende tanker til tiltakene de får fra sykepleieren kan kreve god forståelse og mye energi fra sykepleieren. Disse pasientene har vanskeligheter til å formidle tankene samtidig. Å utføre samtale med den ambivalente pasienten kan «virke som om man vinger fra den ene grøftetanken til den andre, i stedet for å gi et helhetlig bilde av situasjonen» (Barth et al., 2001, s. 133). I tillegg til dette mener vi også at dårlig kognitiv funksjon hos pasienter kan være annen utfordring under MI-samtaler. Kognitiv teori «fremhever hukommelse og komplekse læreprosesser for å finne mening og sammenheng mellom i det man erfarer» (Brataas, 2011, s. 57). Kognitive funksjoner er avgjørende for å forstå, iverksette og evaluere informasjonen som er formidlet under samtalen (Brataas, 2011). Pasienter som har dårlig kognitiv funksjon, kan ha problemer for å utvikle tenkevner og beslutninger om hva som er best for dem. Vi tenker også at tiden sykepleiere har til rådighet på arbeidsdagen ikke er tilstrekkelig for å utføre vellykket motiverende samtaler. MI-samtaler kan utføres på ulike arenaer, f.eks. i hjemmet hos pasienter, poliklinikk, sykehuset og sykehjem.

5.2.3 Konklusjon

Avslutningsvis konkluderer vi at det å forebygge nyresvikt er mulig ved å forebygge underliggende hjertesvikt. Å styrke pasient egenomsorg, og bruke MI-samtaler motiverer pasienter for å ta initiativ til å ta beslutninger om atferdsendring. Vi mener at disse tiltakene er viktige i forebyggingsprosessen. Til vanlig fokuserer sykepleieres oppgave mest på lindring og behandling, spesielt på sykehusene. Den forebyggende funksjonen av sykepleiere bidrar for å øke pasientens kunnskap, og hjelper til å fremme pasientens overbevisning, adherence, symptomgjenkjenning og selvtillit. Samhandling mellom arbeidsarenaer er viktig for å overvinne målet med forebygging.

6 ANVENDELSE I PRAKSIS

Å styrke pasientens egenomsorg ved å øke pasientens kunnskap, kan forbedre pasientens kliniske resultater. Motiverende intervju som til vanlig brukes av helsepersonell til pasienter som trenger motivasjon for endring, kan også brukes av andre arbeidsgrupper enn sykepleiere. En hektiske hverdag krever mer tid. Vi mener ved å øke bemanningen i arbeidsplassen, vil sykepleiere få mulighet til å undervise og veilede pasienter. I en avdeling med lite bemanning, er det krevende for sykepleiere å få mulighet til å ta ansvar for pasienter som trenger akutt (medisinsk) hjelp og for pasienter som trenger forebyggende tiltak. Økt tverrfagligsamarbeid er viktig for å løse ulike utfordringer som kan oppstå, og for å levere bedre kvalitet av behandlingen. Vi mener motiverende intervju vil bidra til å spare tid, pasienten og pårørende.

LITTERATURLISTE

- Alsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging—Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 50-51). Fagbokforlaget.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser (Kap. 1)*. Gyldendal akademisk.
- Aune, E. (2014). *Hjertesvikt og nyrefunksjon—Kardiorenalt syndrom*. Sykehuset i Vestfold. <https://docplayer.me/10465156-Hjertesvikt-og-nyrefunksjon-kardiorenalt-syndrom.html>
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning (s. 132-136)*. Gyldendal akademisk.
- Boge, M. H. (2018). Samhandlingsreformen og rehabilitering. I *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2 utg., 71-83). Fagbokforlaget.
- Brataas, H. V. (Red.). (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer (kap. 1,2 og 3)*. Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H. V., & Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer (s. 107-112)*. Gyldendal Akademisk.
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis (s. 17-32)*. Universitetsforl.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk.
- Dobre, D., Rossignol, P., Metra, M., & Zannad, F. (2012). Can we prevent or treat renal dysfunction in chronic heart failure? *Heart Failure Reviews*, 17(2), 283–290. <https://doi.org/10.1007/s10741-011-9264-0>

- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning—En introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100.
<https://doi.org/10.7557/14.244>
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (5. utg., kap. 7). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2018*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>
- Folkehelseinstituttet. (2020, september 24). *Salget av smertestillende og betennelsesdempende økte under pandemien*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/salget-av-smertestillende-og-betennelsesdempende-okte-under-pandemien/>
- Fredericks, S., Beanlands, H., Spalding, K., & Da Silva, M. (2010). Effects of the Characteristics of Teaching on the Outcomes of Heart Failure Patient Education Interventions: A Systematic Review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.08.002>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (kap. 3, 6, 10, 11 og 12)*. Studentlitteratur.
- Gammersvik, Å. (2018). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis (s. 124-125)* (T. B. Larsen, Red.). Fagbokforlaget.
- Gulbrandsen, T. (2016). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. I *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., kap. 19). Gyldendal Akademisk.
- Gøransson, L., & Melsen Larsen, S. (2017). Sykdommer i nyrene og urinveiene. I *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 312-315). Gyldendal Akademisk.

- Halvorsen, K., Stjernø, S., & Øverbye, E. (2019). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (7. utg., s. 22). Universitetsforlaget.
- Hartmann, A., Jenssen, T., Julsrud, J., & Heyerdahl Strøm, E. (2014). *Nyremedisin en praktisk veileder* (3. utg., kap. 1 og 2). Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)* (IS-1884 Rapport).
http://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf
- Helsedirektoratet. (2017, mars 7). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2020-12-04-134>
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI - motiverende samtaler en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg., kap. 1, 2 og 4). Gyldendal akademisk.
- Jaarsma, T., Nikolova-Simons, M., & van der Wal, M. H. L. (2012). Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look. *Heart & Lung, 41*(6), 583–593.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.03.003>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie—Kunnskap og kompetanse. I *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Masterson Creber, R., 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>

- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg., kap. 10). Gyldendal Norsk Forlag.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (Red.). (2016). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., kap. 1). Gyldendal Akademisk.
- Otsu, H., & Moriyama, M. (2011). Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure: Self-management of chronic heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(2), 140–152. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00166.x>
- Paradis, V., Cossette, S., Frasure-Smith, N., Heppell, S., & Guertin, M.-C. (2010). The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 130–141. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c52497>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2020-12-04-134>
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- The American Kidney Fund. (2021). *Heart disease & chronic kidney disease (CKD)*. American Kidney Fund. <http://www.kidneyfund.org/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/complications/heart-disease/>
- The peak performance center. (2021). *Cognition and Learning*. The Peak Performance Center. <https://thepeakperformancecenter.com/educational-learning/learning/process/processing-information/cognition-and-learning/>
- Travelbee, J. (2001, s. 29). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.

Waldum, B. (2012). *Kardiorenale sammenhenger ved hjertesvikt*. 25, 7.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/3a5d7623b0d748fa800cdfdf38d32338/hj-f.1-2012.5-kardiorenalpdf.pdf>

Waldum-Grevbo, B. (2015). Nyresykdom og hjertesvikt | Indremedisineren.

Indremedisineren. <https://indremedisineren.no/2015/11/nyresykdom-og-hjertesvikt/>

WHO. (2013). *WHO | Guidance on operations and service delivery: Adherence to ART*.

WHO; World Health Organization.

<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/operational/adherence/en/>

Ørn, S. (Red.). (2017). Hjerte- og karsykdommer. I *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 176-180). Gyldendal Akademisk.