



Haraldsplass
DIAKONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem

Bacheloroppgave i sykepleie

En ny sjanse

Hvordan kan sykepleier motivere hjertepasienter til fysisk aktivitet under og etter et rehabiliteringsopphold?

A second chance

How can a nurse motivate heart patients to be physically active during and after a rehabilitation programme?

Kandidatnummer: 130
Kull: 2011
Antall ord: 9987
Innleveringsdato: 19. mars 2014

Sammendrag

Flere og flere overlever i dag hjerteinfarkt, og behovet for rehabilitering og forebygging av nye infarkt er større. Sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer og forebygger sykdom. Det å motivere pasienter til fysisk aktivitet ses på som et helsefremmende tiltak. Problemstillingen lyder følgende: Hvordan kan sykepleier motivere hjertepasienter til fysisk aktivitet under og etter et rehabiliteringsopphold?

Oppgaven er et litteraturstudium som ser nærmere på prinsippene ved hjerterehabilitering, og da spesielt fysisk aktivitet, og motiverende samtale (MI). I MI er grunntanken at sykepleier stimulerer pasienten til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke pasientens egen motivasjon. Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubels *Omsorgens betydning i sykepleie* benyttes som utgangspunkt for å sette oppgaven i et sykepleieperspektiv. Drøftingen tar for seg de 5 synsvinklne teoretikerne har for å fremme og gjenopprette helse og velvære. Det dreier seg da om informasjonsutveksling, gjøre negative følelser om til positive, rehabilitere den kroppslige viten, bearbeide pasientens mening og situasjonens rolle.

Det kommer frem av drøftingen at sykepleier må ha et bredt kunnskapsnivå med tanke på å informere pasienten. Videre bør sykepleier styrke pasientens endringsfokuserte uttalelser ved bruk av MI-teknikker som refleksjoner og oppsummeringer. Det er også viktig at sykepleier forstår familiens betydning når det kommer til endring av livsstil. Dette står i motsetning til MI og den individrettede tilnærmingen.

Nøkkelord: sykepleier, motiverende samtale (MI), rehabilitering, hjerteinfarkt, fysisk aktivitet

Abstract

The survival incidence of myocardial infarction is increasing, thus the need for rehabilitation and infarction prevention is greater. The nurse is responsible for the nursing care that promotes and helps prevent disease. Motivating patients for exercise is seen as a health promotion measure. The research question is: How can a nurse motivate heart patients to be physically active during and after a rehabilitation programme?

This bachelor thesis is a literature study that examines the principles of cardiac rehabilitation, in particular physical activity, and motivational interviewing (MI). In MI the basic idea is that the nurse encourages the patient to positive change through eliciting and enhancing the patient's motivation. The book of nursing theorists Benner and Wrubel, *The Primacy of Caring*, is used as a basis in providing a nursing perspective. The discussion addresses the nursing theorists five perspectives on promoting and restoring health and well-being. That includes information, turn negative feelings into positive, rehabilitate embodiment, processing the patient's personal concerns and the role of the situation.

The discussion clarifies that the nurse must have a broad knowledge in order to inform the patient in a sufficient way. Furthermore, the nurse should enhance the patients expressed motivation for change with the use of MI techniques such as reflections and summaries. It is also important for the nurse to understand the significance of family in changing a patients life style. This belies to MI and the individual-oriented approach.

Key words: nurse, motivational interviewing, rehabilitation, myocardial infarction, physical activity

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract.....	ii
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og utdypning av problemstilling	2
1.4 Disposisjon av oppgaven	3
2.0 Metode	4
2.1 Litteratursøk	4
2.2 Valg av kilder	5
2.2.1 Pensumlitteratur	5
2.2.2 Øvrig litteratur	5
2.2.3 Forskningsartikler	5
2.3 Metode- og kildekritikk	6
2.4 Etske retningslinjer	8
3.0 Teori.....	9
3.1 Helhetlig hjerterehabilitering	9
3.1.1 Fysisk aktivitet i hjerterehabilitering	10
3.2 Benner og Wrubels sykepleieteori	11
3.2.1 Å fremme og gjenopprette helse og velvære	12
3.2.2 Mestring og rehabilitering etter hjerteinfarkt	14
3.3 Den motiverende samtalen	14
3.3.1 Den empatiske lytteren.....	15
3.3.2 Endringens stadier.....	17
3.3.3 På den ene siden og på den andre siden.....	18
3.3.4 Informasjon og endringsmotivasjon	18
3.4 Fag- og forskningsartikler om emnet	19
4.0 Drøfting.....	21
4.1 Råd versus informasjon, når og hvor mye?	21
4.2 Følelsene sin rolle	22
4.3 "Dette passer for meg"	24

4.4	"Jeg har fått en ny sjanse"	25
4.5	Det kommer an på situasjonen.....	27
5.0	Avslutning.....	29
6.0	Litteraturliste.....	30

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleier blir som oftest betraktet som behandler, noe som gjerne ligger i navnet. Man skal pleie den syke. En sykepleier bør etter min mening i større grad også være en *helsepleier*. Hvordan vi som sykepleiere kan fremme helse og forebygge nye sykdomstilfeller er et viktig aspekt ved yrket. I punkt 2.1 i de *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8) presiseres det: ”Sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”.

Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt trenger rekonvalesens og rehabilitering. Hvor og når rehabilitering skjer varierer, men sykepleier er som regel med i rehabiliteringsteamet. Personlig har jeg erfaring fra praksisopphold på rehabiliteringsinstitusjoner, både som sykepleierstudent og som student på studiet ”Fysisk aktivitet og helse” ved Norges Idrettshøgskole. Fra min praksis erfarte jeg at sykepleier ofte var den som hadde individuelle samtaler. Slike samtaler kan være et virkemiddel for å motivere til livsstils- og atferdsendringer i forhold til livet før infarkt. Med tanke på min tidligere utdanning, synes jeg det er interessant å belyse nærmere hvordan man kan motivere til fysisk aktivitet. Men hvordan skal en gå frem for å skape motivasjon? Ved praksis på en rusklinikk erfarte jeg at man ved flere tilfeller benyttet seg av motiverende intervju for å hjelpe til atferdsendring. Tanken slo meg i ettertid om det også blir brukt, eller kan brukes, i hjerterehabilitering.

Rehabilitering er også et viktig moment fordi flere og flere overlever hjerteinfarkt, og behovet vil bli større for å forebygge nye infarkt (Amundsen et al. 2008, s. 344). Sykepleiere bør dermed i større grad være oppmerksomme og ha kunnskap om fysisk aktivitets betydning for helse, og bidra med å fremme dette. Målet for sykepleieren bør være at hjertepasienten er i aktivitet ikke bare under rehabiliteringsoppholdet, men også at det vedvarer i etterkant.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier motivere hjertepasienter til fysisk aktivitet under og etter et rehabiliteringsopphold?

1.3 Avgrensning og utdypning av problemstilling

Det er finnes flere modeller og muligheter for å motivere pasienter. I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan sykepleier kan ta i bruk motiverende samtale, eller motiverende intervju (MI), i møte med pasienten. I teorien om motiverende samtale benyttes begrepene klient/kunde/pasient og rådgiver/hjelper. Jeg vil i denne oppgaven i stedet bruke begrepene pasient og sykepleier for å presisere hvem det til enhver tid er snakk om. Ved hjerterehabilitering jobber en med flere helsefremmende faktorer, som kosthold, stressmestring, undervisning mfl. (Grimsmo, 2011, s.191-201; Mæland, 2006, s. 16). Fokuset mitt vil være fysisk aktivitet, og hvordan den motiverende samtalen kan endre hjertepasientens atferd.

En hjertepasient kan være en med angina pectoris, AV-blokk, hjerteflimmer, klaffefeil, hjertesvikt, gjennomgått infarkt og annen hjertesykdom. Det er mulig for flere av disse diagnosegruppene å delta i rehabilitering, men etter egen erfaring og det jeg er blitt fortalt ved en rehabiliteringsinstitusjon så er det flest postinfarktpasienter man møter. Det avgrenses dermed til denne diagnosegruppen. Postinfarktpasienter, som har gjennomgått PCI-behandling (utblokking kransåre og insettelse av stent) eller bypassoperasjon, blir i de fleste anbefalinger henvist til hjerterehabilitering som en klasse 1-indikasjon (Grimsmo, 2011, s. 189). Klasse 1-indikasjon innebærer at man anser det som nyttig og effektivt (ibid.).

Rehabiliteringen deler man inn i 3 faser:

Fase 1: Akuttsykehus eller direkte forlengelse av sykehusopphold.

Fase 2: 4-8 uker etter infarkt og går over flere uker. Kan foregå poliklinisk eller institusjonsbasert.

Fase 3: Oppfølgende/vedlikeholdsbehandling – for det meste i regi av pasientforeninger, som for eksempel Landsforenings for hjerte- og lungesyke (LHL).

I denne oppgaven er det sykepleiers møte med pasienten i fase 2 som er i fokus og ønsket er at sykepleier skal påvirke pasienten til fortsatt aktivitet i fase 3. I fase 2 avgrenses det til at pasienten er ved en institusjon. Det må også nevnes at ikke alle som har hatt hjerteinfarkt nødvendigvis har hatt en inaktiv livsstil. Mange pasienter vil nok allerede ha god motivasjon for opprettholdelse av en aktiv livsstil. Prinsippet ved motiverende samtale er å ta tak i de personer hvor man observerer lav grad av motivasjon, og trenger derfor ikke brukes på alle hjertepasienter.

1.4 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven starter med en metodedel hvor jeg går gjennom fremgangsmåte, valg av kilder og kritikk av metode og kilder. Videre presenteres teori om de ulike delemnene, før det i siste del av oppgaven kommer drøfting rundt teori, forskning og egne erfaringer og tanker. Drøftingen tar utgangspunkt i Benner og Wrubels sykepleieteori, da spesielt med hensyn til helsefremming og gjenopprettelse av helse.

2.0 Metode

Jeg vil i følgende kapittel fremlegge min metodiske fremgangsmåte i forsøket på å få svar på ovennevnte problemstilling. Oppgaven er et litteraturstudium som bygger på en hermeneutisk tilnærming. Med hermeneutikk menes at en forsøker å forstå, fortolke eller tyde fenomener. Både muntlig og skriftlige tekster er interesseområder, men også forståelse av menneskelige handlinger, kultur og samfunn er en del av hermeneutikken (Kvarv, 2010, s. 72). Deler av oppgaven vil også gjenspeile en naturvitenskapelig tilnærming. Naturvitenskap kjennetegnes ved at en søker sikker kunnskap, og forbindes gjerne med fysikk, kjemi og biologi (Kvarv, 2010, s. 52). Det vil videre bli beskrevet hvordan det er søkt etter litteratur, hvilke kilder det er valgt ut, kritikk av metode samt etiske vurderinger.

2.1 Litteratursøk

I startfasen ble Swemed+ benyttet for å finne frem til MeSH-termer. De norske søkeordene som ble brukt var hjerteinfarkt, rehabilitering, motiverende intervju, sykepleierrolle og fysisk aktivitet. De engelske søkeordene var myocardial infarction, rehabilitation, motivational interviewing, nurse's role og physical activity. Relevante fag- og forskningsartikler syntes å være mangelfulle i Swemed+, så jeg brukte meg av PubMed og OvidNursing. Disse tre databasene fikk jeg tilgang til via Helsebiblioteket. Primært ble PubMed brukt, hvor indekslisten i avanserte søk ble benyttet for å komme frem til nyttige MeSH-termer. Ulike kombinasjoner av nevnte søkeord ble anvendt. Det resulterte i et par artikler som var sykepleiefaglig relevante. Artiklene jeg fant i PubMed ble også søkt etter i Google Scholar for å se etter relevante artikler og hvem som eventuelt hadde sitert dem. Artikler som rettet seg spesifikt mot MI, sykepleier og fysisk aktivitet i hjerterehabilitering var vanskelig å finne. Ved to tilfeller måtte jeg oppsøke Haukeland universitetssykehus for å få tilgang til og utskrift av artikkel.

BIBSYS ble også brukt for å finne øvrig litteratur om emnet. De norske søkeordene ble i størst grad benyttet. I tillegg var jeg fysisk tilstede på biblioteket på høgskolen og fant relevante bøker. Til sist har jeg gått gjennom en god del litteraturlister i både bøker og artikler for å få en ide om relevant litteratur, i tillegg til hvilke forfatternavn som gikk igjen. På den måten fikk jeg en viss innsikt i hvem som har erfaring om deler av emnet.

2.2 Valg av kilder

Oppgaven baserer seg i størst grad på fagbøker og forskningsartikler, samt i noe grad på pensumlitteratur. I dette delkapittelet nevnes hvilke hovedkilder som er benyttet.

2.2.1 Pensumlitteratur

Av pensumlitteratur har jeg i noen grad benyttet Gammersvik og Larsens *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, og *Grunnleggende sykepleie* som er forfattet av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug.

2.2.2 Øvrig litteratur

Av fagbøker har jeg hovedsakelig brukt Benner og Wrubels danske oversettelse *Omsorgens betydning i sykepleje* og Konsmos *En hatt med slør* når det er blitt skrevet om sykepleieteori. I teori om motiverende samtale er boken *Motiverende samtale – MI* av Barth og Näsholm brukt i stor grad, sammen med Holm Ivarssons *MI – motiverende intervju – Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Begge disse bøkene gir en sammenfatning av viktige aspekter og begreper ved motiverende samtale. Som det ligger i navnet, den ene mer praktisk rettet en den andre. *Endringsfokusert rådgivning* av Barth, Børtveit og Prescott ble også benyttet i noe grad. Når det gjelder hjerterehabilitering er Mælands *Helhetlig hjerterehabilitering* brukt mye, samt et kapittel i *Læring og mestring* skrevet av Jostein Grimsmo.

2.2.3 Forskningsartikler

Forskning på valgt emneområde kan belyse problemstillingen på en annen måte en den teorien som kommer fra fagbøker. Målet var å finne artikler som var snevret inn på sykepleiers bruk av motiverende samtale hos pasienter ved hjerterehabilitering, og da fortrinnsvis rettet mot fysisk aktivitet. Den mest spesifikke, og fagfellevurderte, artikkelen ble funnet i *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* og tok for seg *Pragmatic Insights into a Nurse-Delivered Motivational Interviewing Intervention in the Outpatient Cardiac Rehabilitation Setting* (Everett et al. 2008). Det er en randomisert kontrollert studie med 104 deltakere der en intervensjonsgruppe mottar to èn-times motiverende samtaler med sykepleier. I mangel av informasjon om sykepleiers rolle i hjerterehabilitering fra fagbøker ble det også aktuelt med artikkelen *The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes* (Fridlund, 2002). Fridlund skriver i en fagartikkel publisert i *European Journal of Cardiovascular Nursing* om sykepleiers ulike og varierende roller ved hjerterehabilitering. Den systematiske oversiktsartikkelen *Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health?* av Thompson et al. (2011), ga mulighet for å se hva ulike

studier sier om effekten av motiverende samtale. Studien presenterer meta-analyser, oversiktsartikler og litteraturoversikter, samt randomiserte kontrollerte studier og andre forskningsdesign relatert til motiverende samtale.

2.3 Metode- og kildekritikk

Den mest brukte databasen under søkeprosessen var PubMed, som er en gratisversjon av den store databasen Medline. Dette kan ha hatt sine begrensninger. Bruke av andre databaser kunne kanskje ha utvidet søket og funnet relaterte artikler. Samtidig ble Google Scholar brukt, som kan være nyttig ved å bruke avansert søk med tittelfraser man har funnet på PubMed. Såkalt ”snowball research”, hvor man leter i litterturlister i bøker og artikler, er praktisk i de fleste tilfeller. Man må derimot være oppmerksom på at fagpersoner ofte referer til de man er ”enig” med. På en slik måte kan det hende at jeg kanskje ser emnet fra en dominerende synsvinkel.

Trulte Konsmos norske bok *En hatt med slør* er ingen direkte oversettelse, noe som innebærer at gjengivelsen av Benner og Wrubels omsorgsteori kan være påvirket av forfatterens tolkning og perspektiv. Den danske oversettelsen ”Omsorgens betydning for sygepleje” er mer direkte oversatt, men kan samtidig også fravike fra den originale versjonen til de to nevnte amerikanske forfatterne. Jeg valgte allikevel å bruke den danske og norske oversettelsen, mye på grunn av at originalverket ”The Primacy of Caring” ikke var tilgjengelig. Det forutsettes dog at den danske oversettelsen ligger nærmest mulig opp mot originalen og anses her som en primærkilde. *En hatt med slør* blir i så måte en sekundærkilde. Bruk av andre sykepleieteoretikere kunne ha gitt en annen vinkling på løsning av oppgaven.

Når det gjelder bøker og litteratur omhandlende motiverende samtale, er boken *Motiverende samtale – MI* av Barth og Näsholm som nevnt benyttet i stor grad. Forfatterne uttrykker at de har utarbeidet sin egen versjon i forhold til internasjonale standarder, men versjonen ligger oppunder den skandinaviske metoden for motiverende samtale. Flere av forfatterne som det refereres til om MI er svensk, men noen er også norsk. Å relatere det til norsk helsepersonell anser jeg derfor som aktuelt. Det må allikevel nevnes at det er muligheter for at bruk av andre forfattere kunne gitt et noe annet perspektiv på begrepet motiverende samtale og det som hører til. Boken til John Gunnar Mæland, ”Helhetlig hjerterehabilitering” og Lerdal & Fagermoens bok ”Læring og mestring” blir en god del brukt om emnet hjerterehabilitering.

Mæland sin bok er fra 2006, og det er kanskje ikke urimelig å anta at det har skjedd endringer i rehabiliteringsarbeidet siden den gang. Boken til Lerdal og Fagermoen er derimot fra 2011 og gir tilgang til nyere teori, men som samtidig er ganske lik den Mæland forfatter.

I søk etter forskningslitteratur var ønsket at de ulike teoridelenes skulle integreres i forskningsspørsmålene til artiklene. Det var imidlertid en utfordring å finne relevant forskning på området. Det ble dog funnet én artikkel med særlig relevans; *Pragmatic Insights into a Nurse-Delivered Motivational Interviewing Intervention in the Outpatient Cardiac Rehabilitation Setting* (Everett et al., 2008). Denne forskningsartikkelen kommer fra Australia. Helse-system og organiseringen av hjerterehabilitering er nok i noe grad forskjellig fra Australia til Norge, men jeg vil påstå at det er mulig å trekke paralleller til bruk av motiverende samtale også i norsk hjerterehabilitering. I tillegg ble det i søk etter artikler kun funnet denne ene spesifikke rettede forskningen, så det ville etter mitt syn være unaturlig å ikke tilføye den til oppgavens besvarelse. Studien har sine begrensninger ved at deltakerne i utgangspunktet hadde valgt å delta i hjerterehabilitering og at de frivillig har samtykket til å delta i studien, noe som gir grunnlag for at de mest motiverte og forberedte pasientene var med i intervensjonen.

Det var ønskelig å finne forskningslitteratur som ikke var eldre enn 10 år. *The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes* er skrevet av den svenske sykepleieren Bengt Fridlund og er fra 2002. På grunn av at jeg fant lite om sykepleiers rolle i hjerterehabilitering i fagbøker, falt valget på denne fagartikkelen, selv om den er 12 år gammel. Det er nok mulig at rollefordelingen og ansvaret har endret seg noe. Forskjell mellom svensk og norsk rehabilitering og sykepleie kan være tilstede.

Oversiktsartikkelen av Thompson et al. (2011) er fagfelle-vurdert og publisert i anerkjente *Journal of Clinical Nursing*. Det er en relativt ny artikkel, men det kan være muligheter for andre funn i eventuelle nyere studier. Dette var likevel eneste oversiktsartikkelen funnet som omhandlet MI og effekten på kardiovaskulære helsefaktorer. Søk i andre databaser ville kanskje gitt meg flere studier på området. Det er gjennomgående relativt få deltakere i alle studiene som Thompson og medarbeidere gjennomgår, fra 15 til 218. Det gjør det vanskeligere å generalisere forskningsresultatene. Av de ulike forskningsartiklene som er tatt med i oppgaven er alle på engelsk. Språkbarriere vil her kunne gi fare for feiltolkninger fra min side, og at enkelte poeng har blitt utelatt.

2.4 Etiske retningslinjer

I oppgaven anonymiseres de praksissteder jeg henviser til, og min tolkning av hvordan arbeidsmetodene er der reflekterer ikke nødvendigvis hvordan det faktisk er. Pasientutsagn er fiktive og gjenspeiler ikke mine egne erfaringer, og kan dermed ikke spores tilbake. De bøker og artikler som jeg benytter skal henvises og refereres til korrekt, og meningsinnholdet skal ikke forandres.

3.0 Teori

Det vil i følgende kapittel bli presentert relevant teori som gir grunnlag og utgangspunkt for drøftingsdelen.

3.1 Helhetlig hjerterehabilitering

Før det går nærmere inn på hjerterehabilitering vil det defineres hva rehabilitering er. Helse- og omsorgsdepartementet definerer det i sin *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering* (2007-2008, s. 7) som:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjøvtstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Det påpekes i samme nasjonalstrategi at brukerens individuelle behov gir føringer for planlegging og gjennomføring av rehabilitering. Helsepersonell skal bistå og samhandle med brukeren i rehabiliteringsprosessen. Denne samhandlingen og brukermedvirkningen samsvarer også med den helhetlige tankegangen man har i helsefremmende arbeid (Rene & Larsen, 2012, s. 217).

Målene for hjerterehabilitering er ifølge Mæland (2006, s. 15) å bedre prognosen, bedre fysiske, mentale og sosiale funksjoner, og øke trivsel og velvære i hverdagen. Han peker også på at pasientens nærmeste bør få ta del i rehabiliteringsopplegget. Grimsmo (2011, s. 191) bruker andre begreper når han beskriver hensikten med hjerterehabilitering:

- Begrense de negative fysiologiske og psykologiske effektene av hjertesykdom
- Redusere risikoen for plutselig død eller nytt hjerteinfarkt
- Kontrollere symptomer fra hjertet
- Stabilisere og eventuelt reversere arterioskleroseprosessen
- Fremme fysisk og psykososial helse og yrkesmessig deltakelse.

De forskjellige områdene man er innom krever kompetanse innenfor flere fagfelt. Den helhetlige tilnærmingen gjør at man i hjerterehabilitering inkluderer leger (spesialister og/eller allmennleger), fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, trenings- og kostholdsveiledere,

sosionomer, psykologer og sykepleiere (Grimsmo, 2011, s.189; Mæland, 2006, s. 11 og s. 15). Arbeidsmetodene og intervensjonene man benytter varierer ut ifra hvilken institusjon eller poliklinikk man er henvist til, men som oftest følger og jobber man med flere av disse virkemidlene: kosthold, stressmestring/psykologisk støtte, informasjon og undervisning, røykeslutt, vektreduksjon, yrkesmessig atferding, atferdsendring, fysisk aktivitet og evt. behandling av diabetes (Grimsmo, 2011, s.191-201; Mæland, 2006, s. 16).

Mæland (2006) skriver i sin bok at pasientinformasjon er grunnlaget for all hjerterehabilitering. Han påpeker momenter som å avkrefte sykdomsmyter og fremheve fakta og at ikke alle ønsker å vite alt. Der fremheves også pasientens opplevelse av sykdommen i rehabiliteringsprosessen, noe som anses viktigere enn den medisinske objektive sykdommen (Mæland, 2006, s. 59). Hvem, hva, når og hvordan informasjonen skal presenteres er også relevante aspekter.

3.1.1 Fysisk aktivitet i hjerterehabilitering

Fysisk aktivitet er definert som enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Under en slik definisjon finner man aktivitet i fritiden, trening, idrett, transportform, yrkesrettet arbeid, friluftsliv, lek m.fl. Effekter av regelmessig fysisk aktivitet er blant annet økning av utholdenheten i forhold til hjertets pumpekapasitet og respirasjon, insulinproduksjonen i skjelettmuskulatur, øker HDL-kolesterol (high density cholesterol), reduserer blodtrykket og fettvev på kroppen (Henriksson & Sundberg, 2008, s. 8-31; Mæland, 2006, s. 82). Positive psykologiske effekter på angst, stress og depresjon ser man også ved regelmessig fysiske aktivitet (Mæland, 2006, s. 68; Martinsen & Taube, 2008, s. 217; Kjellman et al., 2008, 275). En dose-respons-kurve (se figur 1) viser at man får størst helsemessig gevinst ved å gå fra lite aktiv til middels aktiv (Djupvik, 2000). Djupvik forklarer at ”det er en tredobling av tilfeller av akutt hjerteinfarkt fra dem som trener middels til dem som ikke trener noe”. Det vil si at hvis man har et lavt aktivitetsnivå og en dårlig risikoprofil, vil effekten forventes å være enda større dersom aktivitetsnivået økes.



Figur 1. Grafen viser aktivitetsnivå relatert til helsegevinst. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004).

De generelle anbefalingen er at man bør være i moderat fysisk aktivitet i minst 30 minutter hver dag (Jansson & Anderssen, 2008, s. 37). Mæland (2006, s. 67) skriver at man ved hjerterehabilitering har et av hovedfokusene på systematisk fysisk trening. Trening blir i Helsedirektoratets *Anbefalinger for kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (2014) definert som "...fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og som gjentas, og som har som mål å bedre eller vedlikeholde fysisk form – det være seg helsesrelatert form eller idrettslig prestasjonsevne".

Trening blir dermed noe som går videre utover begrepet fysisk aktivitet ved at man gjerne planlegger og strukturerer aktiviteten. I rehabiliteringsøyemed er det bedring av helsesrelatert fysisk form en har som mål. Treningen man benytter seg av på hjerterehabilitering går fra å være moderat til høyintensiv kondisjonstrening i tillegg til koordinasjon- og styrketrening. (Grimsmo, 2011, s. 196). Mæland (2006, s. 67) påpeker at treningen også har den funksjon at pasienten lærer og erfarer slik at man oppnår og bygger ny selvtillit. Det at man trener i grupper gir muligheter for å dele erfaringer og utvide hverandres horisonter. Det er også muligheter for å ha egentreningsprogram (ibid.).

3.2 Benner og Wrubels sykepleieteori

Patricia Benner og Judith Wrubel er to sykepleieteoretikere tilhørende samme universitet, The University of California, San Fransisco. Benner er kjent for sin bok *From Novice to Expert*,

som ble utgitt i 1984. Wrubel har forsket mye på stress og mestring og er spesialisert i fortolkende forskningsmetode (Konsmo, 1995, s. 18). Benner og Wrubel har et vitenskapelig ståsted tilhørende fenomenologi, og mener at sykepleieforskning bør ta utgangspunkt i en slik tilnærming (Konsmo, 1995, s. 26). Det innebærer blant annet at mennesket må forstås i den konteksten og omgivelsene som det lever i (Kristoffersen, 2011, s. 259). Sammen har de skrevet en bok der de omtaler omsorgens betydning for sykepleie (Benner & Wrubel, 2002, s. 23). Stress og mestring er viktige momenter i deres forståelse og tilnærming til sunnhet og sykdom (jmf. bokens tittel). Det ble derfor naturlig for meg å velge Benner og Wrubel som sykepleieteoretikere til denne oppgaven.

Siden helse og sykdom som oftest kan relateres til fysiologiske og psykologiske mål, så ønsker Benner og Wrubel heller å bruke begrepet *velvære* (Benner og Wrubel, 2002, s. 187). Velvære mener de avspeiler opplevelsen av sykdom og definerer begrepet som "...følelse av sammenheng mellom ens muligheter og ens nåværende praksis og det man opplever som meningsfullt i livet, og baseres på omsorg og det å føle at noen bryr seg om en" (Benner og Wrubel, 1989, referert i Konsmo, 1995, s. 115). Begrepet helse og velvære brukes noe om hverandre, men det kan virke som Benner og Wrubel mener de står i en sammenheng. Det vil i teorien bli trukket frem hvordan de to teoretikerne ser på det å fremme og gjenopprette helse og velvære, og det å mestre hjertesykdom. Mestring omtaler Benner og Wrubel (2002, s. 86) som måten man takler stress på, der stress er opplevelse av brudd eller tap av mening, betydning, forståelse og ubesværet funksjon. Sykdom kan i så måte gi utslag i stress.

3.2.1 Å fremme og gjenopprette helse og velvære

Benner og Wrubel lister opp fem ulike synsvinkler på å fremme og gjenopprette helse (Konsmo, 1995, s. 117):

a) Offentlig og privat tenkning

Omhandler myndigheters rolle i det helsefremmende arbeidet, men også pasientens innsikt i valgmuligheter innen livsstilsendringer. Ved hjelp av innsiktsterapi, eller kognitiv terapi, er det mulig å endre irrasjonelle overbevisninger (Benner & Wrubel, 2002, s. 193). Sykepleier har også en informerende rolle overfor pasienter og det kreves derfor at sykepleier har god kunnskap om sykdommen (Konsmo, s. 118). Det er viktig at informasjon gis i riktige mengder og på riktig tidspunkt for å unngå å påvirke pasienten i negativ retning (ibid.).

b) Bearbeiding av følelser

Følelser må anerkjennes og innholdet i disse må fokuseres på (Konsmo, 1995, s. 120). Benner og Wrubel mener at forsøk på å kontrollere følelser ved ignorering, benektelser og unngåelser kan gi følelsene enda mer negativ innflytelse. Videre tenker Benner og Wrubel at man ved å anerkjenne følelsenes kontekst og betydning kan fremhente positive følelser, som igjen kan gi nye handlemuligheter. Visualisering, utforskning av drømmer og hypnoser er arbeidsmåter som Benner og Wrubel trekker frem i en slik prosess (Benner & Wrubel, 2002, s. 197-8).

c) Å rehabilitere kroppslig viten

Benner og Wrubel mener det er viktig å veilede pasienter som har fått en "fastlåst" kropp som følge av sykdom (Konsmo, 1995, s. 121). Ved sykdom kan kroppen få en skadet og truet holdning som må overvinnes for å kunne gjenopprette helse (Benner og Wrubel, 2002, s. 199) Mosjon, eller fysisk aktivitet, er en måte å jobbe med dette på. Det poengteres at aktivitetene må være lystbetont og noe som pasienten selv liker, og ikke noe bare utføres av plikt (Benner og Wrubel, 2002, s. 201). Den kroppslige intelligens og viten vil i følge de to teoretikerne ikke skille mellom kropp og sjel, eller med andre ord det fysiske og psykiske (Benner & Wrubel, 2002, s. 65).

d) Bearbeiding av mening og det man bryr seg

Det er mulig å skape nytolkning av situasjoner og tillegge andre meninger i det man bryr seg om. Klarer man dette åpner det seg muligheter for mestring (Konsmo, 1995, s. 124). Man må søke å skape andre forståelsesmåter og bearbeide det man bryr seg om. Strategier som kan hjelpe med dette er bevisstgjøring, innsiktsterapi og religiøse aktiviteter (ibid.).

e) Situasjonens rolle

Benner og Wrubel fremhever situasjonens påvirkning på personen. Man befinner seg alltid i en situasjon og har ulike måter å mestre ulike situasjoner på. De skriver følgende: "Der er grenser for individualistiske syn på mestring, eftersom ens mestringsmuligheter påvirkes af gruppemønstre, det være sig arbejdsgruppe, familie og venner". (Benner & Wrubel, 2002, s. 208).

Videre forklarer Benner og Wrubel (2002, s. 208) at endring av helsevaner er særdeles vanskelig om den sosiale støtte er fraværende, fordi en endring vil kreve både forandring av personen og situasjonen. De ulike synsvinklene og aspektene ved å fremme helse må alle jobbes med om man ønsker endring av livsstil eller rehabilitering (Konsmo, 1995, s. 126). Benner og Wrubel (2002, s. 181) skriver at endring av livsstil og helsevaner må integreres i den sosiale konteksten personen lever i for at det skal bli mest optimalt. Man må se etter de muligheter som ligger i den bestemte situasjon (Konsmo, 1995, s. 116).

3.2.2 Mestring og rehabilitering etter hjerteinfarkt

Benner og Wrubel fokuserer på det man kaller for personlighetstype A når de snakker om årsaker til hjertesykdom. De har fem ulike forklaringer: overtilpasning til den moderne kulturen, vekslning mellom å ha kontroll og lært hjelpeløshet, personens tilpasning til miljøet, kronisk fiendtlighet og aggresjon, og selvopptatthet (Konsmo, 1995, s. 153). Jeg vil i denne oppgaven ikke gi noen utdypning av disse forklaringene, da det i forhold til problemstillingen er mer relevant med mestrings- og rehabiliteringssynet til forfatterne. Benner og Wrubel skriver selv at det har vært kontroverser rundt teorien om personlighetstype A og hjertesykdom, men har i sin sykepleieteori valgt å ta for seg forskningen på det området (Benner og Wrubel, 2002, s. 253-256). I rehabiliteringsprosessen understreker Benner og Wrubel (2002, s. 273) viktigheten av at ikke bare pasienten, men også pasientens nærmeste får være delaktige med blant annet å få delta i undervisning og informasjon fra helsepersonell. Noen pasienter sliter med mye negative tanker etter et hjerteinfarkt og kan gjerne være redd for å komme tilbake til dagliglivet. Benner og Wrubel (2002, s. 274) beskriver dette som et dilemma for pasienten. De får råd om kosthold og trening, og det er opp til dem selv om de vil følge dem for å opprettholde en god helse. Samtidig, poengterer Benner og Wrubel, vil spontanitet og livsnytelse være vanskelig grunnet frykt for at ”det skal skje igjen”. I det helhetlige rehabiliteringsprogrammet vil Benner og Wrubel, foruten å endre type A-atferd, også anse det nødvendig med seksualveiledning, fysisk opptrening, stressmestring, plan for å gjenoppta jobb og redusere røyking og fedmeutvikling (Konsmo, 1995, s. 156).

3.3 Den motiverende samtalen

Motivasjon kan defineres som ”årsaker til menneskelige handlinger”. Forfatterne Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 50) presiserer begrepet ytterligere ved at det handler om faktorer som igangsetter, gir retning og intensitet til atferd, og at atferden opprettholdes. Den internasjonale betegnelsen som blir brukt om motiverende samtale er *Motivational Interviewing*, og da gjerne med forkortelsen *MI* (Barth & Näsholm, 2007, s. 35). Motiverende intervju kan også brukes på norsk, men for å forenkle det brukes begrepene motiverende samtale, MI og MI-samtale i denne oppgaven. To personer er involvert i samtalen; sykepleieren og pasienten. Holm Ivarsson (2010, s. 9) refererer til Miller og Rollnick (1984) sin definisjon av MI: ”...klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient (pasient)

og rådgiver (sykepleier) stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon”.

MI ble i utgangspunktet utarbeidet for å motivere til endring hos alkoholavhengige (Miller, 1983, referert av Barth & Näsholm, 2007, s. 61-62). Metoden er også overførbar til personer som er ”avhengige” eller har vaner/uvaner av andre alvorlighetsgrader (Barth, Børtveit & Prescott, 2001, s. 15). Eksempler på det kan være dårlig kosthold, inaktivitet eller forhold som virker negativt inn på helsen. Man tenker seg at sykepleiers oppgave i samtalen er å ta utgangspunkt i pasientens egne tankeprosesser og oppfatninger (Barth & Näsholm, 2007, s.13). Sykepleieren skal kunne hjelpe og veilede pasienten til å komme frem til sine egne synspunkter og sitt syn på seg selv (Barth & Näsholm, 2007, s. 36). Ulike teknikker og fremgangsmåter blir beskrevet i de følgende underkapitlene.

3.3.1 Den empatiske lytteren

”Det humanistiske grunnsynet i MI tar utgangspunkt i at det også ligger en legende kraft i å bli akseptert av andre, det vil si at andre legger merke til, lytter til og respekterer oss for den vi er” (Barth & Näsholm, 2007, s. 45).

Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 145) skriver at de tre mest brukte teknikkene ved lytting er spørsmål, oppsummeringer og refleksjoner. Bekreftelse nevnes som en fjerde og kanskje den viktigste teknikken i MI (Holm Ivarsson, 2010, s. 15). Alle disse fire ferdighetene i kommunikasjon kan samlet kalles empatisk lytting. Nedenfor følger en kort forklaring for hver av ferdighetene.

Bekreftelse

Holm Ivarsson (2010, s. 15) skriver at en ved bekreftelse viser at en ”ser og setter pris på pasienten og hennes kompetanse, styrke og anstrengelser”. Bekreftelse mener Holm Ivarsson (ibid.) er en nærmest ufravikelig del av MI-samtalen og trekker frem et eksempel som:

Sykepleier: Du har mange gode tanker om hvordan dette kan gjøres.

Refleksjoner

Begrepet *speiling* brukes også om refleksjoner. Man sier tilbake det man har oppfattet at pasienten fortalt, og er noe som aktivt brukes gjennom hele samtalen. Det skilles mellom

enkle og komplekse refleksjoner. Enkle refleksjoner er gjentakelser av noen eller alle av pasientens ord. Komplekse refleksjoner er når en prøver å tilføre mer til det som blir sagt, at man finner en underliggende mening i det som blir sagt (Holm Ivarsson, 2010, s. 16). På en slik måte vil det kunne være mulig å styre en samtale ut i fra hva sykepleieren velger å reflektere. Man må likevel være oppmerksom på muligheten for at pasienten ikke kjenner seg igjen i de komplekse refleksjonene (Barth & Näsholm, 2007, s. 49). Eksempel på refleksjon:

Pasient: Til nå har jeg ikke hatt overskudd til å gjøre noe med det, men jeg vet innerst inne at det er en god idé, men man skal ha ork til å komme i gang og ork til å gjennomføre det.

Sykepleier - enkel refleksjon: ...det er en god idé..

Sykepleier - kompleks refleksjon: Du skulle ønske at du hadde energi nok til å finne løsningen.

Oppsummeringer

Gode oppsummeringer kan skape oversikt og gjøre det mer tydelig hva som er essensen i samtalen mellom pasient og sykepleier. Ofte kan nok pasienten ha en del sidespor og digresjoner, så da vil funksjonen til oppsummeringene være å trekke frem essensen og holde struktur i samtalen (Barth & Näsholm, 2007, s. 54). Eksempel:

Sykepleier: Så det kan høres ut som du tror, eller vet, at det med fysisk aktivitet vil hjelpe deg litt, og du har tenkt at det skal du gjøre, men mangler det som faktisk kan få deg i gang.

Spørsmål

I en MI-samtale ønsker man at sykepleier stiller åpne spørsmål fremfor lukkede spørsmål. Spørreord som brukes er gjerne *hva*, *hvordan* eller *hvorfor*. Hensikten med dette er at man vil unngå avgrensede svar og åpne opp for at pasienten kan fortelle og utbrodere, i motsetningen til lukkede spørsmål der svarene ofte er kortet ned til et ja eller nei (Holm Ivarsson, 2010, s. 15; Barth & Näsholm, 2007, s. 55). Barth og Näsholm (2007) poengterer at det i MI-samtale er fokus på klientsentrering og at åpne spørsmål derfor i større grad får frem relevante problemstillinger hos pasienten. Slike type spørsmål bidrar også til at pasienten føler at sykepleier er interessert og respektfull (Holm Ivarsson, 2010, s. 15; Barth & Näsholm, 2007, s. 55).

3.3.2 Endringens stadier

Psykologene James Prochaska og Carlo DiClemente utarbeidet på 1980-tallet en helseatferdsmodell som de ga navnet ”*The Stages of Change Model*”, også kalt transteoretisk modell (Barth & Näsholm, 2007, s. 68). Modellen går ut på at atferdsendringer skjer gjennom flere definerte stadier. Fem stadier, eller faser, blir kort beskrevet (Barth & Näsholm, 2007, s. 68-77; Gammersvik, 2012, s. 154):

Føroverveelse: Personen opplever ikke egen atferd som et problem og bevisstheten rundt det har ikke startet.

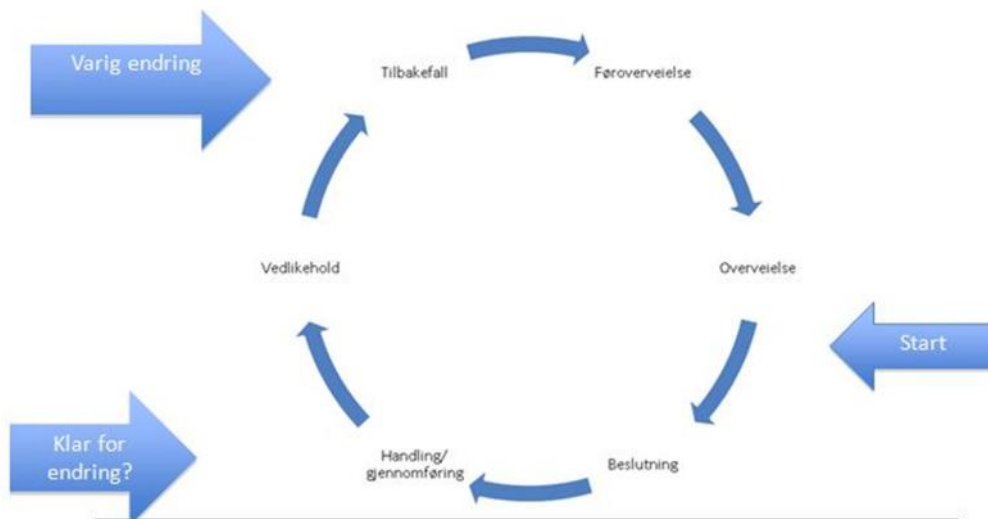
Overveelse: I denne fasen har personen begynt å kjenne på at han kanskje har et problem, for eksempel ved å kjenne på symptomer. Personen vurderer en eventuell hensikt med atferdsendring.

Forberedelse: Personen har bestemt seg for at en atferdsendring må finne sted. Det praktiske arbeidet med å planlegge hvordan endringen skal gjennomføres starter.

Handling: Atferdsendringen settes ut i livet og en prøver det i praksis.

Vedlikehold: Atferdsendringen er nå blitt en vane og rutine, og er blitt en del av personens vanlige atferd.

I tillegg nevnes det at det alltid vil være risiko for tilbakefall i alle fasene.



Figur 2: Transteoretisk modell, eller endringshjulet som den også blir kalt. (Hentet fra: <http://www.frisklivfollo.no/endringshjulet/>, 12. mars 2014)

Prinsippene ved denne modellen blir sett i sammenheng med MI. Mange MI-utøvere bruker den som utgangspunkt for forståelse av endringsprosessen til pasientene (Barth & Näsholm, 2007, s. 69). Spesielt kan man trekke frem føroverveielles- og overveiellesfasen og ambivalensen (blir beskrevet i punkt 3.3.3) knyttet til atferdsendring.

3.3.3 På den ene siden og på den andre siden

Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 143) skriver at diskrepans ”vil si uoverensstemmelse eller forskjell mellom opplevelse av to tilstander eller situasjoner”. I MI-samtalen tenker man at sykepleier bidrar til at pasienten retter oppmerksomheten mot denne diskrepansen.

Eksempel på diskrepans hos en pasient kan være:

...det jeg gjør nå for tiden, i forhold til det jeg synes jeg burde gjøre.

Når en pasient opplever diskrepans åpner det seg muligheter for en endringsprosess. Sykepleieren vil i samtalen rette fokuset mot de negative konsekvensene ved nåværende situasjon og positive konsekvenser av ønsket situasjon (endring av atferd) (Holm Ivarsson, 2010, s. 19). Barth og Näsholm (2007, s. 83) skriver at denne selvkonfrontasjonen er en viktig faktor for endring. Ved økende diskrepans opptrer etter hvert ambivalens og kan sies å være en videreføring fra diskrepansen (Holm Ivarsson, 2010, s. 19). Ambivalens innebærer at pasienten har motstridende følelser, holdninger og krefter angående et og samme forhold (Barth & Näsholm, 2007, s. 90). Når en pasient er ambivalent preges han mye av tvil og usikkerhet rundt det å endre atferd. Er endringen gjennomførbar? Er det verdt bryet? Går det utover andre ting eller personer? Fordeler og ulemper? Flere faktorer virker inn på ambivalensen; situasjonsavhengige, relasjonsavhengige og følelsesavhengige. I MI derimot, er ambivalens blant de første tegnene på at en endring vil kunne være mulig. I den transteoretiske modellen tenker man også at ambivalens er knyttet til en overgang fra føroverveiellesfasen til overveiellesfasen. Sykepleieren vil i MI-samtalen fokusere mest på de fordelene endringen vil føre til, og ved hjelp av refleksjoner og oppsummeringer kan de fordelene forsterkes (Holm Ivarsson, 2010, s. 39).

3.3.4 Informasjon og endringsmotivasjon

Barth og Näsholm (2007, s. 158) skriver at informasjon skal fungere som en dialog. Enkelte ganger er det pasienten som ber om informasjon og lur på noe, mens det andre ganger er sykepleier som tar initiativ til å gi informasjon. Informasjonsutvekslingens ses på som en prosess som inneholder tre steg. Stikkordene er utforskning, tilbud, og ny utforskning (Barth,

Børtveit & Prescott, 2001, s. 218). Først er tanken at sykepleier og pasienten er enig om et tema eller emne. Videre spør - og utforsker - sykepleier hva pasienten vet om temaet fra før av. Hva pasienten vet blir utgangspunkt for hva tilbudet og oppfølgende informasjon fra sykepleier skal inneholde. Deretter ønsker sykepleier å vite hva pasienten har fått med av informasjonen som har blitt gitt, og stiller spørsmål som for eksempel: "Hvordan synes du dette høres ut?". Sykepleier kan deretter gå inn i nye runder og gradvis gi mer informasjon alt etter hvor mye man tenker seg at pasienten kan ta i mot (Barth, Børtveit & Prescott, 2001, s. 220).

I MI-samtalen ser man for seg at pasienter snakker om sin egen motivasjon og vil ytterligere styrke den. Barth, Børtveit og Prescott (2001, s. 193) beskriver fem ulike endringsfokuserede uttalelser:

- Opplevelse av et problem – "Jeg tilbringer kanskje litt mye tid i sofaen"
- Bekymring og negative følelser – "Jeg er litt bekymret over hva det kan føre til"
- Ønsker og intensjon om endring – "Dette vil jeg gjøre noe med"
- Planer og fremgangsmåter – "Nå skal jeg melde meg på en treningsgruppe"
- Tiltro til egen evne til å gjennomføre – "Med den viljen jeg har nå, så tror jeg det skal gå"

Målet for sykepleier er å fremme den endringsmotivasjonen som kommer til uttrykk gjennom uttalelsene til pasienten (Barth & Näsholm, 2007, s. 116). Dette gjøres ved å legge til rette for ytringene, og ved å konkretisere og tydeliggjøre de uttalelsene pasienter kommer med overfor ham selv. Bruk av refleksjoner kan være med å forsterke disse motivasjonsytringene (Barth & Näsholm, 2007, s. 117).

3.4 Fag- og forskningsartikler om emnet

Oversiktsartikkelen til Thompson og medarbeidere (2011) tar for seg effekten av motiverende samtale på kardiovaskulær helsefaktorer. Artikkelen poengterer først at kun rådgivning er lite hensiktsmessig når det kommer til endring av atferd. Når det kommer til MI hos hjerte- og karpasienter påpekes det at det er mangelfull forskning på området. Thompson og medarbeidere finner seks studier hvor MI er brukt hos klienter som er i risiko eller har utviklet hjerte-karsykdom. En studie viser blant annet signifikant reduksjon i BMI og økt fysisk aktivitetsnivå, mens andre ikke viser signifikante forskjeller mellom kontrollgruppe og

intervensjonsgruppe (MI). Thompson og medarbeidere påpeker også at det i de ulike studiene er brukt forskjellige tilnærminger til den motiverende samtalemotodikken og forskjellig antall konsulteringer/oppfølgingssamtaler. Allikevel mener man at MI er en effektiv måte å endre atferd på hos på hjerte- og karpasienter.

Den ene av de seks studiene som Thompson og medarbeider (2011) viser til bærer tittelen *Pragmatic Insights into a Nurse-Delivered Motivational Interviewing Intervention in the Outpatient Cardiac Rehabilitation Setting*. Her nevnes også den manglende forskningen på MI i hjerterehabilitering. I et standard 6-ukers hjerterehabiliteringsprogram i Australia fikk intervensjonsgruppen to samtaler med sykepleier i tillegg til det vanlige programmet.

Intervensjonen benyttet seg av to faser. Fase 1, i første samtale, innebar å utforske og løse ambivalens, og å bygge motivasjon ved ”endringssnakk”. I fase 2 er det fokus på å styrke forpliktelsen og engasjementet for endring, og å utvikle en plan for å oppnå endring (Everett, 2008, s. 62). Resultatene fra studien viser at pasientene ønsket å fortelle sin egen historie og var komfortable med å dele personlige problemer. Helse og familie var de viktigste verdiene og mange opplevde å ha fått en ”ny sjanse”.

Fridlund sin fagartikkel *The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes* (2002) tar opp hvordan sykepleiers rolle fremtrer i hjerterehabilitering. Sykepleier jobber både i nær relasjon til pasienten og på et mer organisatorisk nivå (Fridlund, 2002, s. 16). Forfatteren skriver at sykepleiers rolle er ”coach” og ”educator”, som fritt oversatt betyr trener og underviser. ”Coach” slik jeg forstår det i denne sammenhengen, blir en slags støttespiller og medhjelper til pasienten. En tredje rolle er ”supervisor” som kan oversettes til veileder. Veilederrollen innebærer, slik jeg forstår Fridlund, at sykepleier har et visst overordnet ansvar i samarbeid med det tverrfaglige teamet. En siste rolle beskrives som ”counsellor” eller rådgiver på norsk. Veileder og rådgiverrollen sees gjennom hele rehabiliteringsprosessen fra fase 1 til 3, mens de to førstnevnte sees i fase 2 og 3. I undervisning og informasjonsgivning til pasient og familie understreker Fridlund at det er viktig å være klar over hvor stort behovet er for informasjon. Noen ganger kan det være et misforhold om hva sykepleier/lege synes er viktig og hva pasient/familie synes er viktig. Generelt virker det som Fridlund trekker frem familiens betydning i stor grad.

4.0 Drøfting

I drøftingsdelen tas det utgangspunkt i Benner og Wrubels fem ulike synsvinkler på å fremme og gjenopprette helse og velvære. De ulike synsvinklene ses i lys av den motiverende samtalen, hjerterehabilitering og fra den aktuelle forskningen på området. I tillegg deles egne erfaringer og refleksjoner. Delkapitlene i drøftingen følger samme rekkefølge som punktene i 3.2.1. Et par av delkapitlene starter med eksempler fra en tenkt MI-samtale.

4.1 Råd versus informasjon, når og hvor mye?

Sykepleier: Så du har tenkt en del på alt dette og bekymret deg mye over det du holder på med. Hva kan være neste steg?

Pasienten: Det er noe jeg skal gjøre noe med.

Sykepleier: Du har bestemt deg for å gjøre en del endringer. Hva kan være en start?

Pasienten: Nei, da trenger jeg kanskje noen råd om hva som kan være lurt.

Slik samtalen nå har utartet seg, er det rimelig å anta at pasienten er i en overveielses- eller forberedelsesfase ut i fra den transteoretiske modell (se punkt 3.3.2). Etter at sykepleier kommer med refleksjon og åpne spørsmål spør han om råd om hvordan han kan gå videre i en endringsprosess. Det er da rimelig å anta at det er muligheter for sykepleier å komme med informasjon. Barth og Näsholm (2007, s. 160) påpeker at sykepleier ikke bør blande råd og informasjon, da råd kan oppfattes som hvordan en bør/skal gjøre noe. Informasjon vil i motsetning ha nøytralitet og heller gi pasienten muligheter for å trekke slutninger på egenhånd. Thompson og medarbeidere (2011, s. 1237) nevner at funn i forskning om motiverende samtale viser at MI er overlegen den tradisjonelle rådgivningen man oftest hører om.

Benner og Wrubel skriver, som nevnt i punkt 3.2.1, at det er viktig at informasjonen gis på riktig tidspunkt. Mæland nevner også at alle hjertepasienter bør få oppfølgende informasjon etter å ha vært på sykehus, og at en rehabiliteringsinstitusjon er et passende sted. Han poengterer samtidig at det er viktig å tenke på at noen pasienter trenger tid før de åpner seg opp for å få vite mer (Mæland, 2006, s. 58). I denne fasen av samtalen virker det som tiden er inne for å gi relevant informasjon. Benner og Wrubel mener at mengden av informasjon også må være riktig. Dette poengterer også Barth og Näsholm ved at man først bør spørre pasienten hva han selv kjenner til og vet fra før av. Som nevnt ser de på informasjonsutvekslingen som

en dialog. Sykepleier utforsker først før hun vil gi tilbud om informasjon. Etter å ha gitt informasjon bør en sikre at pasienten har forstått, og eventuelt tilføre ny og nødvendig informasjon. Mæland (2006, s. 58) skriver også at det i hjerterehabilitering bør være slik at informasjonen gis som et tilbud til pasienten, og at det bør gås ut i fra pasientens opplevelse av sykdommen. Utover det kreves det at sykepleier har god kunnskap om begrepet fysisk aktivitet og dets virkning.

Benner og Wrubel (2002, s. 194) skriver også at en sentral del av sykepleiefaglig forskning består av "sundhedspædagogik" og pasientinformasjon. I Everett og medarbeideres studie (2008) gikk en del av tiden i MI-samtalen med til å svare på pasientenes spørsmål vedrørende behandlingsforløp og misoppfatninger som de kunne ha. Mæland (2006) skriver som nevnt (punkt 3.1) at det er viktig å avkrefte sykdomsmyter og fremheve fakta. Dette mener jeg er god argumentasjon for at sykepleier må sitte inne med mye kunnskap. For eksempel bør en vite om de positive effektene ved fysisk aktivitet, både fysisk og psykisk. Det er også mulig for sykepleier å nevne dose-respons-kurven for pasienten, og fortelle at man har stor gevinst av å gå fra lite til middels aktiv. På en slik måte tror jeg man kan få frem at det nødvendigvis ikke trenger å være et "blodslit" fra første stund. Dette kan føre til at det virker mindre skremmende og mer oppnåelig. En ulempe i MI-samtalen derimot, om man følger prinsippene, er at sykepleier ikke spør pasienten direkte om eventuelle misoppfatninger eller forståelse av risikoatferd. Dette skriver Thompson og medarbeidere (2011, s. 1242) er et hinder for suksessfullt utfall.

4.2 Følelsene sin rolle

Benner og Wrubel skriver som nevnt i kapittel 3.2.1 at følelser må anerkjennes og at innholdet i disse må hentes frem. Negative følelser som en har må fremhentes og gjøres om til positive. Dette gir nye muligheter for handling. Å endre eller begrense de negative psykologiske effekten av hjertesykdom er noe også Grimsmo (2011) trekker frem i hensikten med hjerterehabilitering (jmf. punkt 3.1).

Everett og medarbeidere (2008, s. 64) skriver at prosessen i motiverende samtale i stor grad avhenger av sykepleierens evne til å lytte fremfor å fortelle. Bekreftelse og aksept fra sykepleiers side kan ha positiv effekt på pasientens følelser. Bekreftelse vil vise at en ser og setter pris på pasienten og hans kompetanse, styrke og anstrengelse. Åpne spørsmål vil gjerne

bidra til at pasienten kan fortelle i større grad. Som Holm Ivarsson også nevner i punkt 3.3.1 vil det for eksempel være vanskelig å snakke om følelser hvis spørsmålene man får er lukkede, og der svaret ofte er *ja* eller *nei*. Sykepleier vil kanskje med lukkede spørsmål i større grad påvirke og kanskje ta feil når det tillegges følelser som pasienten selv mener at han ikke har. Også når det gjelder refleksjoner, eller speiling, er det fare for å gå i samme felle. Som nevnt prøver sykepleier med komplekse refleksjoner å tilføre mer til det som blir sagt av pasienten, men at man bør være oppmerksomme på at pasienten kanskje ikke kjenner seg igjen i refleksjonen fra sykepleier.

Som definisjonen av motiverende samtale sier: ”samarbeid mellom pasient og sykepleier stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon” (Holm Ivarsson, 2010, s. 9). I Thompson og medarbeidere (2011) refereres det til en systematisk oversiktsartikkel som viser positive resultat for MI og psykologisk effekt. Jeg vil tro at en sykepleier må anse det som nødvendig og viktig å få tak i negative følelser tidlig. Negative følelser kan også være grunnet misoppfatninger vedrørende hjertesykdommen, fysisk aktivitet og hvordan framtidsutsiktene er. Som nevnt i ovenstående delkapittel tenderte det i intervensjonen til Everett og medarbeidere (2008) til at pasientene ofte kom med spørsmål om behandlingsforløp og diskuterte misoppfatninger. Slik jeg forstår prinsippet ved motiverende samtale, starter samtalen som oftest med at sykepleier får kjennskap til negative følelser og plager som pasienten har. Målet vil som nevnt være en positiv endring, altså at pasienten henter frem positive følelser og kan handle på en ny måte slik Benner og Wrubel påpeker (se punkt 3.2.1).

I punkt 3.2.2 nevnes det at negative tanker etter hjerteinfarkt kan føre til at pasienter er redd for å komme tilbake til dagliglivet. Det oppstår et dilemma der de oppfordres til å gjenopprette helse, samtidig som de har vanskeligheter for å utøve spontanitet og livsnyttelse. En slik situasjon kan kanskje tolkes som ambivalens, slik vi kjenner begrepet fra tidligere i oppgaven. For eksempel kan pasienten vite at han nok burde trene mer på grunn av de positive konsekvensene, samtidig som han er redd for at det kan ha negative konsekvenser i form av et nytt hjerteinfarkt. Barth, Børtveit og Prescott (2001) påpekte at pasienter som snakker om egen motivasjon vil styrke den ytterligere. Bekymringer og negative følelser beskriver de som en endringsfokusert uttalelse. Sykepleier bør i følge Barth og Näsholm (2007) legge til rette for disse ytringene, og konkretisere og tydeliggjøre uttalelsene til pasienten. Ved bruk av refleksjoner kan det forsterke motivasjonsytringene til pasienten. Som

Barth og Näsholm skriver i punkt 3.3.3, kan ambivalensen bunne i en følelsesavhengig faktor, som i dette tilfelle er frykt og redsel. Ambivalens er som nevnt et av de første tegnene på at vi kan få til en endring hos pasienten. Sykepleier vil i MI-samtalen også fokusere på de positive konsekvensene og fordelene som treningen vil føre til. Ved bruk av refleksjoner og oppsummeringer mener Holm Ivarsson at sykepleier kan forsterke pasientens inntrykk av disse. Benner og Wrubel mener som nevnt at visualisering, utforsking av drømmer og hypnoser er arbeidsmetoder i å fremhente positive følelser. En slik fremgangsmåte harmonerer ikke helt med grunnprinsippene i motiverende samtale.

4.3 "Dette passer for meg"

Selv har jeg erfart at flere pasienter oppgir at en spesifikk aktivitet ikke passer for dem. For eksempel har man i enkelte rehabiliteringsopplegg felles trening med blant annet basseng og ergometersykling. Flere ga uttrykk for at de ble med fordi det var en del av opplegget, men når de kom tilbake til dagliglivet ville de prioritere andre aktiviteter enn sykling. Dårlig tilgang til basseng er kanskje også noe som kan begrense for en aktivitet som man i utgangspunktet liker. Det er positivt at de er bevisst på det, men enkelte pasienter deler kanskje ikke samme bevissthet. En pasient kan eksempelvis være i handlingsfasen, der han har prøvd ut treningsformer (atferdsendring prøves ut i praksis), men har til gode å finne den "perfekte" treningen. Da tenker jeg at sykepleier må ha kunnskap om og presisere at det finnes flere måter å trene på, og sammen med pasienten komme frem til hva han/hun selv har interesse for av aktiviteter. Dette aspektet trekkes frem i MI-samtalen. Bruk av åpne spørsmål kan sette i gang tankeprosessen og oppsummering kan gi et oversiktsbilde av hvilke aktiviteter pasienter har sagt at han liker eller ikke liker.

At treningen og aktivitetene skal være lystbetont og basert på pasientens egne behov går igjen i litteraturen fra Benner og Wrubel, MI og hjerterehabilitering. Mæland (2006) argumenterer med at mange pasienter erfaringsmessig faller ut av treningsopplegg. Noen opprettholder treningen på egenhånd, og noen blir med i bedriftsidrett eller pasientforeninger, men de fleste faller ut av vedlikeholdsfasen (Mæland, 2006, s. 146). Sett i forhold til den transteoretiske modell opplever altså mange pasienter tilbakefall, enten til handlings-, forberedelses- eller overveielsesfasen. Som det går ut av problemstillingen er ønsket at sykepleier kan bidra med at pasienten holder seg i handlingsfasen og deretter kommer i en vedlikeholdsfase slik at atferdsendringen kan vedvare. Grimsmo (2011, s. 197) påpeker at det bør eksistere alternative

treningstilbud til pasienter som ønsker det etter et rehabiliteringsopphold. Jeg har erfart å delta i treningsgruppe arrangert av en pasientforening. De som deltok på treningsgruppene fremhevet det som et veldig godt tilbud, både sosialt og treningsmessig. Deltakerne opplevde et godt samhold og delte gledelig personlige erfaringer, både med meg og meddeltakere. Dette stemmer godt overens med det Mæland trekker frem i at grupper gir muligheter for å dele erfaringer og utvidelse av horisonter. For sykepleier tror jeg det er nyttig i MI-samtalen å informere om dette, men at man presiserer overfor pasienten at dette kun er et tilbud og ikke nødvendigvis en fasit. Som Barth og Näsholm (2007) presiserer, vil løsninger man kommer frem til på egenhånd vanligvis være bedre og riktigere enn de man får fra sykepleier.

Hensikten i treningen slik jeg ser det, er at man i startfasen av opptreningen skal stole på og være trygg på at hjerte tåler belastning selv om man har hatt et infarkt. Benner og Wrubel nevner at spontanitet og livsnytelse hos mange pasienter kanskje vanskeliggjøres grunnet frykt for at et nytt infarkt skal komme. Etter praksis ved rehabilitering og samtale med andre studenter som har vært på hjerterehabilitering, virker den gjeldende oppfatning å være at pasient trener inntil smertegrensen. Begynner pasienter å kjenne at hjerte/brystet har jobbet for mye, da er det helt greit at de tar en pause. Å kjenne hvor smertegrensen ligger, og bygge opp igjen sin kroppslige viten slik Benner og Wrubel tenker, er et viktig skritt mot å gjenopprette helse. Ved å rehabilitere den kroppslige viten vil det kunne åpnes muligheter for å igjen vise spontanitet og nyte sin nye livsstuasjon (jmf. punkt 3.2.2).

4.4 ”Jeg har fått en ny sjanse”

I studien til Everett og medarbeidere (2008) fant man at de viktigste verdiene blant pasientene var *helse* og *familie*. I tillegg nevnte mange at de følte at de hadde fått en ”second chance”, eller en ny sjanse. Det at flere tolker det som en ny sjanse, kan være en bearbeiding av mening. Hjerteinfarkt ga dem en ny sjanse til å tilbringe tid med, og ta vare på, familie og helse. Å tillegge en slik mening mener som nevnt Benner og Wrubel åpner for muligheter til mestring. Selv erfarte jeg i praksis at mange pasienter oppga å ha fått en tankevekker av hjerteinfarkt. Noen sa at de nesten var glad for at det skjedde, fordi det gav dem et nytt perspektiv på livet. Det å ha en stressfull dag med jobb eller mange prosjekter ble påpekt av flere. De innså at det var på tide å ta det mer med ro i hverdagen, og ha evnen til og tørre å si ”nei”. Disse faktorene kan til en viss grad sammenlignes med Benner og Wrubels fokus på personlighetstype A, og at det kreves en endring av slik atferd. Frimodt (2002, s. 10) skriver

derimot i forordet til *Omsorgens betydning for sygepleje* at boken bærer preg av å være skrevet i en annen tid og at nyere forskning rundt personlighetstype A og B har falsifisert en slik teori.

Målet i rehabiliteringsopplegget vil, uavhengig om man tar personlighetstype A i betraktning eller ikke, innebære å påvirke atferd. At man har fått en ny sjanse virker å være en god motivasjonsfaktor for atferdsendring. Som tidligere nevnt ser man ofte at pasienter ved hjerterehabilitering har god motivasjon. Med tanke på denne motivasjonen og engasjementet etter en hjertehendelse, så mener Everett og medarbeidere (2008, s. 62) at MI bør modifiseres og skreddersys slik at det passer enda bedre for hjertepasienter. Det samme poengteres i oversiktsartikkelen til Thompson og medarbeidere (2011, s. 1242). Samtidig, som nevnt i metodekritikken, har deltakerne i Everett og medarbeideres studie selv valgt å delta i hjerterehabilitering og frivillig samtykket til å delta i studien. Deltakerne har dermed kanskje vært blant de som var mest motivert og forberedte i rehabiliteringsopplegget. Da er det kanskje ikke urimelig å anta at MI ikke trenger å modifiseres i like stor grad til de pasienter som har lav motivasjon og som det i utgangspunktet er beregnet på.

Selv om mange opplever å ha fått en ny sjanse vil ikke alle umiddelbart finne mening i sin situasjon og bearbeide dette. I MI-samtalen tenker en at sykepleier hjelper pasienten med å forstå saken/problemene. Dette kan man gjøre ved å samle tråder i det han har uttrykt til nå og oppsummere for ham det han har fortalt. Bruk av speiling, ved å gjenta og sette ord på de samme tingene som pasienten, tror jeg vil åpne for ny forståelse og en reflekteringsprosess hos pasienten. Dette gir muligheter for sykepleier å utfordre ham med å se andre perspektiver på problemene. Bruk av komplekse refleksjoner kan, som nevnt av Holm Ivarsson (2010), tilføre mer til det som blir sagt fra pasienten og mulig fremhente en underliggende mening.

Barth og Näsholms bok om motiverende samtale er i utgangspunktet ikke utformet og spesifikt rettet mot hjerterehabilitering, men deler de fleste aspektene som går igjen i oppgavens utvalgte forskningsartikler. Slik jeg forstår og tolker Barth og Näsholm legger de opp til én samtale med pasient, mens det i de ulike studiene varierer fra 1 til 5 oppfølgingsamtaler sammen med pasient. I Everett og medarbeideres (2008) studie benytter de 2 samtaler, der den første utforsker eventuell ambivalens og hvor man i andre samtale har fokus på endringsmotivasjon. Disse oppfølgingsamtalene ser jeg for meg kan være nyttige etter et rehabiliteringsopphold, og kan kanskje ha innvirkning på pasientens aktivitetsnivå.

Erfaringsmessig opplevde jeg at sykepleiere ved en rehabiliteringsinstitusjon hadde oppfølgingssamtaler via telefon med pasienter etter endt opphold. Vel å merke tror jeg ikke MI-samtale ble brukt i de samtalene. De praktiske rammer med å ha et tildelt rom og avsatt tid kontra det å ha telefonsamtale vil nødvendigvis gi forskjeller i utbytte av samtalen. Noen statistikk på hvor aktive pasientene var i etterkant, og om telefonsamtalene hadde effekt vites ikke. At pasienten føler seg sett og akseptert tror jeg derimot kan være tilfelle. Samtidig bør en spørre seg om hvem som skal ringe hvem. Ideelt sett kan sykepleier og pasient avtale at for eksempel sykepleier ringer om 1-2 måneders tid. På en slik måte kan sykepleier bevisstgjøre pasienten på beslutningen om økt aktivitetsnivå og dertil styrke forpliktelsen (Barth & Näsholm, 2007, s. 42).

4.5 Det kommer an på situasjonen

Pasient: Jeg vet at jeg burde komme meg på trening, men er redd min kone skal synes det er for tidkrevende og går utover daglige gjøremål.

Benner og Wrubel fremhever situasjonens påvirkning på personen. Man befinner seg alltid i en situasjon og har ulike måter å mestre ulike situasjoner på. Motiverende samtale fokuserer vanligvis på individet, mens en i hjerterehabilitering ofte tar med familiemedlemmer i behandlingen og bruker gruppedynamikken som et virkemiddel (Everett et al. 2008, s. 64). Fridlund peker som nevnt tidligere også på familie og ektefeller som viktige bidragsytere i rehabiliteringsprosessen. Dette samsvarer med Mælands syns på at de nærmeste bør få ta del i hjerterehabiliteringen (se punkt 3.1). Fridlund (2002, s. 16) skriver at sykepleier bør ha en god relasjon til familien. Ved å respondere og møte de behov som familien har kan sykepleier vise respekt, og i samarbeid komme frem hvilke ressurser familien besitter. Sykepleier kan også på en slik måte tilpasse eventuell informasjon som både familie og pasient kan dra fordel av. Som nevnt i punkt 3.4 mener Fridlund at det av og til kan være et misforhold mellom hva lege og sykepleier oppfatter som viktig informasjon og hva pasient og familie anser som viktig. Under praksis deltok jeg på en såkalt ”familiedag” hvor familie tilbrakte en hel dag sammen med pasientene. De var med både undervisning, hvor det var lagt til rette for spørsmål og oppklaringer. I tillegg deltok familien fellestreningene til pasientene.

Barth og Näsholm påpeker i punkt 3.3.3 at ambivalens kan bunne i en situasjonsavhengig faktor. Det ovennevnte pasientutsagnet kan referere til en slik ambivalens. Situasjonen gjør

det vanskelig for pasienten å ta en avgjørelse om tiltak for endring. Situasjonen vil her også bygge på en relasjon, nemlig relasjonen til konen. Ambivalensen vil dermed kunne relateres til både situasjons- og relasjonsavhengige faktorer. Man skjønner at en slik "tilstand" er heller mer kompleks. Men som nevnt tidligere i drøftingen, ambivalens er et tegn på endringsmuligheter. I og med at *familie* ble dratt frem som en av de viktigste verdiene i motiverende samtale (Everett, 2008), tror jeg sykepleier med fordel også bør fokusere på familien i MI-samtalen. Mestringsmuligheter påvirkes også av venner og arbeidssituasjonen (Benner & Wrubel, punkt 3.2.1). En atferdsendring vil dermed også kunne påvirkes av jobben og kollegaer til pasienten. Å hjelpe pasienten med en bevisstgjøring rundt det mener jeg vil være aktuelt i MI-samtalen. Videre kan sykepleier bidra i planleggingen av handlingsfasen til pasienten hvor man ser på forhold knyttet til jobb, familie og venner. Som Benner og Wrubel påpeker (punkt 3.2.1), endring av livstil og levevaner må integreres i den sosiale konteksten personen lever i for at det skal bli mest optimalt.

I arbeid med hjertepasienter og atferdsendring mener Fridlund (2002) at sykepleier må være bevisst egen rolle og kvalifikasjoner i pasientsituasjonen og i et rehabiliteringsteam. Han nevner forhold som klinisk erfaring, ha en sunn livsstil, dedikert i oppgaven og inneha bred og dyp teoretisk kunnskap (Fridlund, 2002, s. 17). Det er også viktig at sykepleier er selvkritisk og en god rollemodell. Om for eksempel sykepleier røyker i pasientens åsyn vil det sannsynligvis ha negativ innvirkning på pasientens oppfatning av egen situasjon.

Et siste poeng er at mange pasienter ofte har flere risikoatferder, som røyking, inaktivitet, kosthold og/eller overvekt. Det er altså flere situasjoner og faktorer som pasienten må forholde seg til. Dette kan man se i sammenheng med de intervensjonene og virkemidlene som benyttes i hjerterehabilitering (se punkt 3.1). Problemet med MI-samtalen er at man fokuserer på én enkelt atferdsendring, og er noe som poengteres av Everett og medarbeidere (2008). Samtidig erfarte jeg i praksis ved rehabiliteringsinstitusjon viktigheten av at man ikke gaper over for mye. Det ble poengtert at det er viktigere å ta for seg en atferdsendring først, for eksempel øke aktivitetsnivå, og etter en tid også fokusere på kosthold i tillegg. For mye endringer på én gang ville gi større risiko for tilbakefall på alle endringene.

5.0 Avslutning

Som nevnt i innledningen har sykepleier et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel har et definert syn på hva helsefremming og gjenopprettelse av helse og velvære innebærer. De nevner informasjonsbehov, bearbeiding av følelser, den kroppslige viten, bearbeiding av mening og situasjonens rolle. Aspektene i MI-samtalen synes å ha flere likhetstrekk med Benner og Wrubel i hvordan en kan gå frem for å fremme helse. Teorien i hjerterehabilitering fremhever en helhetlig tilnærming til pasienten, som også er den grunnleggende tankegangen i helsefremmende arbeid.

Det kommer frem av fag- og forskningslitteratur at sykepleier ved hjerterehabilitering må inneha bred og god kunnskap. Blant annet kreves kunnskap og kompetanse innen fysisk aktivitet i rehabiliteringen for å kunne informere både pasient og familie på en tilfredsstillende måte. I den ene studien innebar dette ofte oppklaring av behandlingsopplegg og sykdomsmyter i MI-samtalen med pasientene. I MI-samtalen bør sykepleier også styrke de endringsfokuserede uttalelsene som pasienten kommer med. Bruk av refleksjoner og oppsummeringer er virkemidler sykepleieren kan bruke. Videre fremheves det i teori om hjerterehabilitering og i Benner og Wrubel at familie har betydning for en livsstilsendring. Sykepleier vil med prinsippene i MI-samtale ha fokus på individet og man kan sette spørsmålstegn ved en slik tilnærming.

MI-samtale ble i utgangspunktet utarbeidet med hensyn til atferdsendring hos alkoholavhengige. Det finnes derimot lite forskning om bruk av MI-samtale ved hjerterehabilitering og det påpekes at metoden bør modifiseres for å tilpasse seg pasientgruppen. Som flere artikler nevner er det benyttet oppfølgingssamtaler. Kanskje kan sykepleier ved bruk av slike oppfølgingssamtaler, og mulig fortsettelse av MI-samtale en viss tid etter rehabiliteringsoppholdet, øke sannsynligheten for at pasienten opprettholder sitt fysiske aktivitetsnivå etter et rehabiliteringsopphold.

6.0 Litteraturliste

Amundsen, B. H. et al. (2008) Koronarsykdom. I: Bahr, R. red. *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo, Helsedirektoratet, s. 343-358

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001) *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Barth, T. & Näsholm, C. (2007) *Motiverende samtale – Endring på egne vilkår*. Bergen, Fagbokforlaget

Benner, P. & Wrubel, J. (2002) *Omsorgens betydning i sygepleje – Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København, Munkegaard.

Djupvik, J. (2000) *Folkehelsearbeid: Kommunal ressurskopling med vekt på bruk av fysisk aktivitet*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Everett, B. et al. (2008) Pragmatic Insights Into a Nurse-Delivered Motivational Interviewing Intervention in the Outpatient Cardiac Rehabilitation Setting. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28 (1), s. 61-64

Fridlund, B. (2002) The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, s. 15-18

Frimodt, V. (2002) Dansk forord. I: Benner, P. & Wrubel, J. red. *Omsorgens betydning i sygepleje – stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København, Munkegaard, s. 9-10

Gammersvik, Å. (2012) Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. red. *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen, Fagbokforlaget, s. 141-158

Grimsmo, J. (2011) Hjerterehabilitering – et tiltak for å begrense negative følger av hjertesykdom. I: Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. red. *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Helsedirektoratet (2014) Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. IS-. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ertering-og-fysisk-aktivitet/Sider/default.aspx>> [Lest 6. mars 2014]

Helse- og omsorgsdepartementet (2004) Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. *Sammen for fysisk aktivitet*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/handlingsplan-fysisk-aktivitet.html?id=230337> [Lest 1. Mars 2014]

Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776> [Lest 28. februar 2014]

Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2008) Generelle effekter av fysisk aktivitet. I: Bahr, R. red. *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo, Helsedirektoratet, s. 8-36

Holm Ivarsson, B.H. (2010) *MI motiverende intervju – Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm, Gothia Förlag

Jansson, E. & Anderssen, S.A. (2008) Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I: Bahr, R. red. *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo, Helsedirektoratet, s. 37-44

Kjellman, B. et al. (2008) Depresjon. I: Bahr, R. red. *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo, Helsedirektoratet, s. 275-285

Konsmo, T. (1995) *En hatt med slør: om omsorgens betydning for sykepleie*. Otta, TANO A.S

Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 207-280

Kvarv, S. (2010) *Vitenskapsteori – tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo, Novus forlag

Martinsen, E.W. & Taube, J. (2008) Angst. I: Bahr, R. red. *Aktivitetshåndboka – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo, Helsedirektoratet, s. 214-224

Mæland, J.G. (2005) *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget

Mæland, J.G. (2006) *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand, Høyskoleforlaget

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Rene, B. & Larsen, T. (2012) Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. red. *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen, Fagbokforlaget, s. 217-229

Thompson, D.V. et al. (2011) Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, 20 (9-10), s. 1236-1244

Publiseringsavtale

bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: En ny sjanse

Tittel på engelsk: A second chance

Kandidatnummer: 130

Forfatter(e): Bjarte Kysnes

Årstall: 2014

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja
nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei