



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Den motiverende endringen – livsstilsendringer for hjerteinfarktpasienter

(The motivational change
- lifestyle changes for the acute myocardial patient)

Innleveringsdato: 05.06.2019

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10006

Antall ord: 8791

Sammendrag

Tittel:

Den motiverende endringen – livsstilsendringer for hjerteinfarktpasienter

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å undersøke om sykepleiere kan bidra med å hjelpe pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, til å endre livsstil gjennom en metode som kalles motiverende intervju.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju bidra til livsstilsendringer hos pasienter som har gjennomgått sitt første hjerteinfarkt?

Metode:

Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudium, hvor det er utført strukturerte og systematiske søk for å finne relevante forskningsartikler i ulike databaser for å belyse min problemstilling. Det er også foretatt en ressursamtale med en fagperson relatert til motiverende intervju. Kunnskap er supplert med pensumbøker fra sykepleierstudiet og andre relevante fagbøker.

Resultat:

Motiverende intervju er en metode som kan benyttes til livsstilsendring for pasienter med behov for endring, og viser god effekt innen områder som fysisk aktivitet, røykeslutt og kolesterol. Behandlingshastighet for pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, påvirker motivasjonen. Sosial støtte er også viktig i tiden etter et hjerteinfarkt.

Konklusjon:

Bruk av motiverende intervju må tilpasses pasientens endringsforberedthet i «Stages of Change». Mestringsforventning og indre motivasjon er viktig for endringen. Sykeleie fremheves som en god profesjon for å utøve MI angående livsstilsendringer, men likevel er det opp til pasienten om livsstilen vil bli endret eller ikke.

Nøkkelord: Motiverende intervju, livsstilsendring, hjerteinfarkt

Abstract

Title:

The motivational change- lifestyle changes for the myocardial patients

Aim of the study:

The aim of this study is to examine whether nurses can help patients who have suffered from a myocardial infarction to change their lifestyle through motivational interviewing.

Topic question:

How can nurses through motivational interviewing contribute to lifestyle changes in patients who have suffered their first myocardial infarction?.

Method:

This is a literature study, where structured and systematic searches have been performed to find relevant research articles in various databases to elucidate my topic question. There has also been an recourse discussion with a professional related to motivational interviewing. Knowledge has been supplemented by curriculum books from the nursing cores and other relevant books.

Result:

Motivational interview is a method that can be used for lifestyle changes for patients in need of a change, and shows good effect in areas such as physical activity, smoking cessation and cholesterol. The treatment experience for patients suffered from a myocardial infarction affects motivation. Social support is also important in the time after a myocardial infarction.

Conclusion:

Use of motivational interviewing must be adapted to the patients level of change in "Stages of Change". Self-efficacy and intrinsic motivation are important for the change. Nursing are highlighted as a good profession to practice motivational interviewing regarding lifestyle changes, but it is the patients choice whether to change lifestyle or not.

Key words: motivational interviewing, lifestyle changes, myocardial infarction

At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et
Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa
passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der.

Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst.

(Kirkegaard, 1964, s. 96)

Innhold

Tabeller.....	vi
1. Innledning.....	1
1.1. Introduksjon av tema	1
1.2. Bakgrunn for valg av tema - utledes i problemstillingen	1
1.3. Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen	2
1.3.1. Hjerteinfarkt	2
1.3.2. Behov for livsstilsendring	2
1.3.3. Motiverende intervju	2
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	2
1.5. Oppgavens oppbygning.....	3
2. Metode	4
2.1. Beskriv metoden	4
2.2. Vitenskapelig tilnærming	4
2.3. Søkeshistorikk med søketabell.....	5
2.4. Valg av litteratur	8
2.5. Andre kilder.....	8
2.6. Kildekritikk	8
3. Empiri	10
3.1 Artikkelmatriser	10
3.2 Sammenfatning av empiri.....	18
4. Teori.....	19
4.1. Sykdomsmekanismer og livsstil.....	19
4.1.1. Utvikling av aterosklerose.....	19
4.1.2. Hjerteinfarkt	19
4.1.4. Livsstil	20
4.1.5. Sekundærforebygging for hjertepasienten.....	20
4.2. Motivasjon og motiverende intervju	20
4.2.1. Motivasjon og mestringsforventning.....	20
4.2.2. Motiverende intervju	21
4.2.2.1. Sentrale prinsipper i MI-arbeid	21
4.2.2.2. Faser i MI-samtalen.	22
4.2.3. Endringsmodellen «Stages of Change»	22
4.3. Etske forhold	22
4.5. Yrkesetiske retningslinjer	23

4.6.	Sykepleieteori	23
4.6.1.	Joyce Travelbee.....	23
4.6.2.	Kommunikasjon.....	23
4.6.3.	Menneske-til-menneske-forhold	24
4.6.3.1.	Faser i et menneske-til-menneske-forhold	24
5.	Diskusjon	25
5.1.	Innledning.....	25
5.2.	Sykepleieren og motiverende intervju	25
5.3.	Betydningen av pasientens «Stage of Change».....	27
5.5.	Livsstilsendring og faktorer som påvirker motivasjon hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.....	28
5.6.	Gjennomføring og effekt av motiverende intervju.....	30
6.	Konklusjon.....	33
	Referanseramme.....	34

Tabeller

Tabell 1: Søketablell.....	5
Tabell 2: Artikkelmatrise	10

1. Innledning

1.1. Introduksjon av tema

Hvert 40. minutt får en person i Norge hjerteinfarkt, altså ca. 13 000 årlig (Govatsmark, Digre, Sneeggen, Utne, & Bønaa, 2018, s. 3). Kardiovaskulære sykdommer forårsaker flest dødsfall av ikke-smittsomme sykdommer. I 2016 døde 17,9 millioner av dette på verdensbasis (World Health Organization, 2018). I dag overlever stadig flere den kritiske fasen av et hjerteinfarkt (Amundsen, Slørdahl, Ståhle, & Cider, 2008). Livsstil knyttes til risikofaktorer for hjerteinfarkt. Likevel fortsetter 30-50 % av pasientene som gjennomgår hjerteinfarkt en usunn livsstil. Dette øker faren for nytt infarkt (Dobber mfl., 2019). Ved sekundærforebygging er fokuset å påvirke videre utvikling og minimere konsekvensene (Noordman mfl., 2012). Sykepleiere har grunnleggende kompetanse innenfor flere aspekter av helse og blir viktige bidragsyttere i en sammenheng hvor endring av livsstil står i fokus (Kristoffersen, 2016a). Motiverende intervju (MI) er en ny metode, som kan bidra til livsstilsendring for pasientene (Miller & Rollnick, 2009). MI har til hensikt å påvirke den «indre motivasjonen» til en person gjennom å øke bevisstheten om de negative konsekvensene livsstilen kan ha for helsen og flere studier uttrykker at MI kan være mer effektiv en tradisjonell rådgivning (Kristoffersen, 2016b). Både livsstilsendring og MI kan knyttes opp mot sykepleiernes funksjonsområder, som forebyggende og veiledende funksjonen, og er derfor sykepleiefaglig relevant (Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

1.2. Bakgrunn for valg av tema - utledes i problemstillingen

I dag overlever flere hjerteinfarkt, og behovet for sekundærforebyggende arbeid blir derfor større. Forskning viser at pasienter som har gjennomgått akutt koronarsykdom (ACS), har 20 % sjanse for reinnleggelse eller død etter ett år (Huffman mfl., 2019). Gjennom mitt utdanningsløp har jeg hatt praksis på hjertemedisinsk avdeling på et norsk sykehus. Der erfarte jeg at informasjon om livsstilsendringer til pasientene ble nedprioritert i sykepleiernes travle hverdag. Det er viktig at pasientene får denne informasjon om sammenhengen mellom livsstil og kardiovaskulær sykdom (Nicolai mfl., 2018). En norsk studie fra 2018 viser at bare 27 % av pasienter som gjennomgikk perkutan koronar intervensjon (PCI), deltok i et rehabiliteringsprogram (Olsen, Schirmer, Bønaa, & Hanssen, 2018).

Min problemstilling er som følgende:

Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju bidra til livsstilsendringer hos pasienter som har gjennomgått sitt første hjerteinfarkt?

1.3. Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen

1.3.1. Hjerteinfarkt

«Hjerteinfarkt oppstår når trombedannelse i en koronararterie forårsaker akutt, alvorlig iskemi i myokard og hypoksisk skade på hjertemuskelcellene» (Wyller, 2014, s. 313).

1.3.2. Behov for livsstilsendring

Livsstil påvirkes av sosiale, økonomiske og kulturelle utfordringer, samt stress og arvelige faktorer som spiller inn på hvordan vi lever våre liv. Endring av livsstil vil derfor være viktig for å forebygge kardiovaskulær sykdom og redusere risiko for et nytt hjerteinfarkt. Opphør av tobakk, reduksjon i saltinntak, økt inntak av frukt og grønnsaker, regelmessig fysisk aktivitet, og en måteholden bruk av alkohol vil redusere risiko for kardiovaskulær sykdom (World Health Organization, 2017).

1.3.3. Motiverende intervju

MI er en samarbeidsbasert, målrettet kommunikasjonsstil hvor man er spesielt opptatt av endringssnakk, utformet med tanke på å skape personlig motivasjon og forpliktelse overfor et bestemt mål ved å lokke frem og utforske personens egne grunner til endring, i en atmosfære preget av aksept og medfølelse (Miller, Rollnick, & Sjøbu, 2016, s. 58)

På norsk kan MI oversettes til «motiverende samtale», da det er en samtale, og ikke et intervju (Ivarsson, 2017).

1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

I denne oppgaven møter sykepleieren pasienten på hjertemedisinsk sengepost etter gjennomgått hjerteinfarkt.

Flere av de inkluderte studiene i oppgaven, benytter MI i det de kaller «primary care setting» (Brobeck, Odenrants, Bergh, & Hildingh, 2014; Hardcastle, Blake, & Hagger, 2012; Hardcastle, Taylor, Bailey, Harley, & Hagger, 2013; Noordman, de Vet, van der Weijden, & van Dulmen, 2013; Noordman mfl., 2012). Etter min forståelse kan dette sammenlignes med primærhelsetjenesten. Stortingsmelding 26 fremhever at sykepleiere skal arbeide i et primærhelseteam, og kan etterhvert få en større rolle innen livsstilsveiledning i Norge, men per i dag er i et pilotprosjekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Helsedirektoratet, 2019). MI kan være en aktuell metode i dette arbeidet. Det er imidlertid viktig å starte det forebyggende arbeidet under sykehusinnleggelsen, ettersom det blant annet anbefales at fysisk aktivitet som sekundærforebygging av kardiovaskulær sykdom skal starte allerede første uken etter gjennomgått hjerteinfarkt (Helsedirektoratet, 2018). Tidsknapphet, rask utskrivelse og begrenset mulighet for oppfølging i ettertid kan vanskeliggjøre dette, men samtidig kan selv få MI-samtaler skape motivasjon for pasienten og bidra til at flere deltar på hjerterehabilitering.

Mange pasienter kan ha behov for å endre flere faktorer, som røykevaner, kosthold og fysisk aktivitet. Det er da unaturlig å fokusere på kun en endring (Kristoffersen, 2016a). Medikamentbehandling er også en viktig del av sekundærforebygging, men for å avgrense oppgaven velger jeg å fokusere på ikke-medikamentelle tiltak. I denne oppgaven benytter jeg begrepene «hun» om sykepleier og «han» om pasienten for å forenkle skriveprosessen. Forskjellige profesjoner kan gjennomføre MI, men i denne oppgaven benyttes ordet «sykepleier» da dette er en bacheloroppgave innen sykepleie.

1.5. Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven inneholder en metodedel, empiri, teori, diskusjon og konklusjon. Metodekapitlet starter med beskrivelse av metoden, vitenskapelig relevans til oppgaven, og søketabell som viser systematiske søk. I tillegg begrunnes valg av litteratur, det gis informasjon om ressursamtale og utøves kildekritikk. Videre viser empirien valgte forskningsartikler og gir en sammenfatning av de viktigste hovedpunktene. I teoridelen beskrives et hjerteinfarkt, livsstil, MI og faktorer for motivasjon, samt Travelbees sykepleieteorier om kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold. Diskusjonen vil drøfte problemstillingen i lys av valgt empiri og teori. Funnene oppsummeres til slutt i en konklusjon.

2. Metode

2.1. Beskriv metoden

Metode er et redskap som skal bidra til å finne den informasjonen vi trenger for å belyse problemstillingen (Dalland, 2012). Et litteraturstudium baseres på eksisterende kunnskap og forskning innenfor feltet. Forskningsartiklene består både av kvantitative studier, som innebærer å telle opp fenomener og kartlegge utbredelse, og kvalitative studier, som omfatter opplevelse av et fenomen og sier noe om kvalitet og kjennetegn (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2016). Forskningsartiklene ble funnet gjennom systematisk søk, men én artikkel ble funnet som håndstøkk. Videre er det benyttet pensumlitteratur, faglitteratur og yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, med hensikt å belyse problemstillingen. Nyeste forskning er benyttet, som innebærer at ingen av artiklene er eldre enn åtte år gamle. Det er også benyttet en ressursamtale i oppgaven, jf. kapittel 2.4.

2.2. Vitenskapelig tilnærming

Det er umulig å velge en kunnskapstradisjon fremfor en annen når man arbeider med mennesker. Forenklet kan man si det er to vitenskapssyn: naturvitenskapen og humanvitenskapen. Naturvitenskapen inkluderer studier av den fysiske naturen og kobles ofte til positivismen, som innebærer at kunnskap må kunne observeres. Denne knyttes ofte til kvantitative tilnæringsmetoder. Humanvitenskapen bygger på kunnskap om mennesket og knyttes ofte til hermeneutikk, som handler om å fortolke meningsfulle fenomener og er knyttet til kvalitativ metode (Dalland, 2012). I forhold til min problemstilling vil hjerteinfarkt og risikofaktorer ha et positivistisk utgangspunkt, mens opplevelsen av livsstilsendring, kommunikasjon og relasjon har et hermeneutisk utgangspunkt. Aktuelle artikler i litteraturstudien er både kvalitative og kvantitative, hvilket bidrar til å gi et holistisk syn på mennesket.

2.3. Søkehistorikk med søketabell

Her presenteres en søketabell for artiklene som presenteres i 3.1. Til slutt i tabellen kommer et håndsøk og en systematisk oversiktsartikkel, mens resterende er primærstudier. Søketabellen viser databaser og benyttede søkeord.

Tabell 1: Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	02.04.19	S1	(MH "Myocardial Infarction+") OR (MH"Acute Coronary Syndrome") OR "acute coronary syndrome OR myocardial infarction"		42257	
		S2	(MH»Life Style Changes») OR (MH"Behavioral Changes" OR "lifestyle changes OR healthy lifestyle"	Published date: 20140101-20191231	6549	
		S3	(MH»Health Information Networks») OR "information"	Published date: 20140101-20191231	159601	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Published date: 20140101-20191231	5	1 (A)
	10.04.19	S1	(MH «Motivational Interviewing») OR (MH"Behavior Therapt+") OR "motivational interviewing" OR "motivational interviewing OR motivational enhancement therapy OR behavioural therapy"		31796	
		S2	«patients´ experiences»		2167	
		S3	S1 AND S2	Published Date: 20090101-20181231	21	1 (B)
	10.04.10	S1	(MH»Myocardial Infarction+») OR		504056	

			(MH"Cardiovascular Diseases+") OR (MH"Cardiovascular Risk Factors") OR (MH"Myocardial Disease+") OR "myocardial infarction OR cardiovascular disease OR cardiovascular health"			
		S2	(MH»Motivational interviewing» OR «motivational interviewing OR motivational enhancement therapy"		2756	
		S3	(MH»Behavioral Changes») OR (MH"Transtheoretical Stages of Change Model") OR (MH "Life style Changes) OR "behavioural intentions OR lifestyle changes"		19149	
		S4	S1 AND S2 SAND S3	Published Date: 20090101- 20191231 Peer Reviewed	44	1 (C)
PubMed	07.04.19	S1	Motivational interview		4435	
		S2	Cardiovascular diseases OR myocardial infarct		2354703	
		S3	S1 AND S2	Published last 10 years Clinical trail	111	2 (E)
	10.04.19	S1	Patient experience		323680	
		S2	Motivational interviewing		3960	
		S3	Behaveioral intervention		207612	
		S4	S2 OR S3		210222	
		S5	Myocardial infarction		239367	
		S6	S1 AND S4 And S5		45	1 (F)
	15.04.19	S1	Motivational interviewing	Published last 10 years	3310	

		S2	Acute coronary syndrome	Published last 10 years	21185	
		S3	Myocardial infarction	Published last 10 years	82739	
		S4	S2 AND S3	Published last 10 years	95424	
		S5	S1 AND S4	Published last 10 years	18	1 (G)
	25.04	S1	Motivational interviewing	Published last 10 years	3310	
		S2	Health promotion	Published last 10 years	75924	
		S3	Behavior change	Published last 10 years	80968	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Published last 10 years	151	1 (H)
Sociological Abstract	03.04.19	S1	Nurse AND motivational interviews	Date: Before 2014	194	1 (I)
Håndsök						
	30.04.19		Funnet gjennom andre artikler til Noordman			1 (J)
Systematisk oversiktsartikkel						
Cinahl	10.04.10	S1	(MH»Myocardial Infarction+») OR (MH"Cardiovascular Diseases+") OR (MH"Cardiovascular Risk Factors") OR (MH"Myocardial Disease+") OR "myocardial infarction OR cardiovascular disease OR cardiovascular health"		504056	
		S2	(MH»Motivational interviewing» OR «motivational interviewing OR motivational enhancement therapy"		2756	
		S3	(MH»Behavioral Changes») OR (MH"Transtheoretical Stages of Change Model") OR (MH "Life style		19149	

			Changes) OR "behavioural intentions OR lifestyle changes"			
		S4	S1 AND S2 SAND S3	Published Date: 20090101- 20191231 Peer Reviewed	44	1 (D)

2.4. Valg av litteratur

I artikkelsøkene har jeg benyttet forskjellige databaser som Medline, SveMed+, Cochrane Library, Sociological Abstract, Cinahl og PubMed, som vises i søketabellen 2.3. I et sammendrag av Noordman sine studier fant jeg en artikkel jeg har brukt som håndسøk. Gjennom valg av artikler har jeg tilstrebet å belyse ulike temaer som knytter seg både til pasientene og til sykepleierne, og resultater ved bruk av MI i ulike studier. I tillegg til de ti forskningsartiklene i artikkelmatrisen, benytter jeg to artikler som støttelitteratur. En ble funnet gjennom systematiske søk og en gjennom sykepleien.no.

Det ble benyttet pensumlitteratur jeg selv hadde tilgjengelig, og fagbøker ble funnet gjennom Oria.no, universitetets trykte og elektroniske samling av materiell. Noen fagbøker ble funnet gjennom andre bacheloroppgaver og anbefalinger fra medstudenter og veileder. Det ble etterstrebet å finne primærlitteratur.

2.5. Andre kilder

Opgaven inneholder en ressursamtale med Helsedirektoratets samarbeidspartner knyttet til veiledning av MI-analyser, KoRus Vest Bergen. Det ble gjennomført en ustrukturert ressursamtale over telefon hvor jeg fikk et innblikk i tilbudet de gir og i metodens bruk som inspirasjon. Siden samtalen oppstå spontant og ustrukturert, følger det ikke med et samtykkeskjema da jeg ikke så dette nødvendig.

2.6. Kildekritikk

Det var vanskelig å finne artikler som omhandlet både hjerteinfarktpasienter og utøvelse av MI. Søket ble derfor utvidet til å omhandle personer i risiko for og med kardiovaskulær sykdom. Det må tas hensyn til resultatvurderingen at dette kan påvirke motivasjonen og derfor effekten av MI. Det var utfordrende både å finne artikler om MI i bruk på somatiske sykehus og som omhandler sykepleier og ikke andre yrkesgrupper. Disse artiklene bør vurderes kritisk.

Inklusjonskriteriene for oppgaven inkluderer IMRAD-strukturen, samt at samtlige av artiklene er publisert i et vitenskapelig tidsskrift, som også er på toppen i kildehierarkiet (Dalland & Trygstad, 2012). Forskning som ikke var på engelsk eller skandinavisk, ble

ekskludert grunnet vanskeligheter med å forstå innholdet. 10 av 11 artikler er fagfellevurdert. En av artiklene blir ikke utgitt før i 2020, men ble funnet på PubMed. Fulltekst finnes på Elviser. Jeg inkluderer likevel denne artikkelen med forbehold, men anser den som troverdig. Alle studiene jeg benytter var funnet i Europa og USA, og en systematisk oversiktsartikkel er fra Hong Kong, men inkluderer europeiske land og USA. Det kan være vanskelig å vurdere hvilken overføringsverdi det har til norsk helsevesen, men jeg mener likevel de er relevante ettersom MI kan gjennomføres på tvers av landegrenser og kulturer.

Resterende litteratur er fagbøker og pensumbøker, en fagartikkel, offentlige publikasjoner, nasjonale og yrkesetiske retningslinjer. Den systematiske oversiktsartikkelen som er benyttet i oppgaven er sekundærlitteratur, siden den vurderer andres arbeid (Dalland, 2012). Noen fagbøker er eldre, som Travelbee, Renolen og Mæland, men jeg anser disse fremdeles som relevante for problemstillingen.

3. Empiri

Videre presenteres mine valgte artikler, samt en sammenfatning av disse.

3.1 Artikkelmatriser

Tabell 2: Artikkelmatrise

Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(A) Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., ... Bieber, C. ,To change or not to change- That is the question: A kvalitativ study of lifestyle changes following acute myocardial infarctio, Chronic Illness, 2018
Hensikt, formål	Hensikten med studien var å undersøke nøkkelfaktorer relatert til livsstilsendringer etter ett akutt myokard infarkt (AMI). Studien ser på de overlevendes subjektive behov, holdninger og opplevelser når det kommer til livsstilsforandring i hverdagen, måneder etter utskrivelse fra sykehuset.
Metode	Dette er en kvalitativ primærstudie med semi-strukturerte intervju, som ble gjennomført i Tyskland. 21 pasienter som for kort tid siden hadde gjennomgått et AMI, deltok. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Dataene ble analysert gjennom flere faser. Samtykke ble gitt av pasientene.
Resultat/funn	Under analysene av intervjuene viser det seg at noe av pasientene hadde endret livsstil, mens andre ikke hadde det. Tre hovedtemaer ble identifisert: Fysiske faktorer (1): positive tilbakemeldinger angående fysisk aktivitet var motiverende, mens fysiske hemninger og komorbiditet var en barriere til aktivitet. Psykologiske faktorer (2): de fleste pasientene var i sjokk rett etter AMI, men etter en periode med bearbeiding opplevde de å bli mentalt klar til å endre livsstil. Pasienten understreker at selvdisciplin og pågangsmot var viktige faktorer for å opprettholde en sunn livsstil. En barriere var usikkerhet rundt fysiske begrensninger. Det kommer også fram at noen av pasientene hadde lite innsikt i egen sykdom, samt at pasientenes oppfattelse av informasjon under sykehusoppholdet var begrenset. Noen pasienter hadde også endret atferd, eksempelvis sluttet å røyke, men hadde da gått opp i vekt. Dette ble opplevd som en psykologisk barriere for å fortsette livsstilsendringen. Sosiale faktorer (3): Sosial støtte av familie, venner og naboer var viktig for pasientene, samt møte med personer som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Derimot opplevde pasientene det vanskelig i sosiale settinger som ikke støttet en sunn livsstil. Sosialt press fra omgivelsene i forhold til røykeslutt etter hjerteinfarkt ble sett på som en barriere, og kunne også oppleves som sosial ekskludering.
Kommentar	Denne studien viser ulike relevante faktorer for livsstilsendring etter gjennomgått hjerteinfarkt. De viser også behovet for sosial støtte og god informasjon om risikofaktorer og livsstilsendring i ettertid av hjerteinfarkt. Forskingen er gjort i Tyskland, hvor de har et godt velferdssystem, slik at det økonomiske aspektet ikke skal være et stort hinder for endring av livsstil. Studien er etisk godkjent.

Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(B) Brobeck, E., Odenchrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C., Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. BMC Nursing, 2014
Hensikt, formål	Hensikten med studien var å beskrive hvordan pasienter erfarer samtaler angående livsstilsendringer basert på MI.
Metode	Dette er en kvalitativ primærstudie med et deskriptivt design. Studien er gjennomført i primærhelsetjenesten i Sverige. 20 sykepleiere fra 13 forskjellige helsesentre var inkludert i studien. Alle sykepleierne jobbet med livsstilsendringer og hadde tidligere gjennomgått MI-kurs og praktisert metoden i 3-10 år. Sykepleierne kontaktet pasienter selv og undersøkte om de ønsket å være med i studien. 16 svensktalende pasienter mellom 28 og 77 år deltok. Hovedproblemene var vektkontroll, røyking og alkohol. Pasientene hadde besøkt sine respektive sykepleiere fra tre til flere ganger de siste fire årene. Intervjuene ble analysert og kategorisert.
Resultat/funn	Pasientene opplevde at gjensidige interaksjoner var nødvendig, og opplevde å bli hørt av sykepleieren. Det var også viktig at pasientene selv hadde et indre ønske om å endre livsstil, og ikke følte at de måtte møte sykepleierens krav, som kunne føre til tap av motivasjon. Det kom også frem at de hadde nok forståelse om hva som skal til for å endre livsstil. Pasienten følte seg bekreftet når de ble møtt med respekt i stedet for pekefinger. Sykepleierne måtte ta seg tid til å lytte til pasienten og oppfordre til selvbesluttsomhet. Pasientene opplevde ofte følelser knyttet til skam som er assosiert med livsstilsproblemer, og sykepleier må derfor forholde seg til disse på en sensitiv måte. God støtte fra sykepleier var viktig, siden noen av pasientene opplevde at familien stilte høye krav. Pasientene opplevde at det var viktig at de fikk bekreftelse på sine tanker av sykepleier på en måte som gjorde at de forsto at de var på riktig vei. Det at sykepleieren aksepterte tilbakefall hos pasienten, gjorde at de turte å innrømme det.
Kommentar	Denne studien belyste at sykepleier kan være en viktig bidragsyter for livsstilsendring gjennom MI, og at pasienten opplevde effekt av metoden. Pasientene opplevde at en gjensidig interaksjon, åpenhet, støtte, respekt og bekreftelse var viktig hos sykepleieren. Pasientene i studien var motiverte til livsstilsendring. Man er usikker om effekten av MI hadde vært den samme om pasientene ikke hadde vært like motiverte. Studien er etisk godkjent.
Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(C) Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., Ter Riet, G., Scholte Op Reimer, W., & Peters, R., Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease, European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 2019
Hensikt, formål	Hensikten med studien var å evaluere veiledning av sykepleiere for å bruke MI som et sekundærforebyggende tiltak for pasienter med koronararteriesykdom.

Metode	Denne primærstudien er en før- og etter studie etter at sykepleierne lærte metoden, og er kvalitativ og kvantitativ. Undersøkelsen ble gjennomført i Nederland på 15 ulike poliklinikker. 13 sykepleiere gjennomførte hele studien, og de hadde gjennomsnittlig sju års erfaring fra kardiologisk sykepleie. Sykepleierne gjennomførte en tre timers kurs hvor de lærte grunnleggende ferdigheter innenfor MI. Pasientene fikk opptil fire møter med sykepleier, hvor livsstil ble diskutert. Undersøkelsen besto av fire tilbakemeldings- og veiledningstimer i løpet av ett år for sykepleierne. Samtalene ble tatt opp på lydbånd med pasientens samtykke. Sammenligningsgrunnlaget var sluttresultatet og resultatet etter fire måneder. Sykepleierne svarte på et spørreskjema om selvutvikling. Alle ga skriftlig samtykke til studien.
Resultat/ funn	Sykepleierne var veldig fornøyde med innholdet, brukbarheten og organiseringen av studien. Ut fra definisjonene i Motivational Interviewing Target Scheme 2.1 gikk sykepleierne fra "lite bruk av motiverende intervju" til «tilstrekkelig grad av motiverende intervju». Det sykepleierne opplevde som vanskelig, var bruk av refleksjoner, det å utnytte pasientens opplevelse av kontroll når det gjelder langsiktige forandringer, og det å forholde seg til pasientens ambivalens i samtalene.
Kommentar	Studien påpeker at intervensjonen hadde god effekt, og at MI passer godt til sykepleiepraksis. Tilbakemeldingen tar ikke mye tid fra andre oppgaver for sykepleieren (15-30 min fire ganger over ett år), og er viktige for å kunne utvikle seg i metoden. Studien er etisk godkjent.
Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(D) Lee, W. W. M., Choi, K. C., Yum, R. W. Y., Yu, D. S. F., & Chair, S. Y., Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review, International Journal of Nursing Studies, 2014
Hensikt, formål	Hensikten med denne systematiske oversiktsartikkelen er å identifisere effektiviteten av MI for livsstilsendring, samt fysiologiske og psykologiske utfall for pasienter som er i risiko for å utvikle eller har etablert kardiovaskulær sykdom (CVD)..
Metode	Studier som omfattet MI om livsstilsmodifikasjoner, bedret fysiske og psykologiske resultat for personer i risiko for å utvikle eller som hadde etablert CVD, ble inkludert. Studier ble gjennomgått og oppsummert for relevante funn. Både engelske og kinesiske databaser ble benyttet. Etter gjennomgåelse av tittel, abstrakt og eventuelt fulltekst, ble 14 forskningsartikler som beskriver 9 studier, ble inkludert. Bare randomiserte kontrollstudier ble inkludert. Til slutt ble gråsonelitteratur, som konferanser, doktorgrader og nettsider undersøkt for relevans til studien.
Resultat/funn	Livsstilsendringer inkluderte røykevaner, økt fysisk aktivitet og endrede matvaner, som økt inntak av frukt og grønnsaker og lavere fettinntak. Av fysiologisk utfall viste studien at MI bare hadde effekt på røykevaner, mens de andre nevnte faktorer innen livsstil viste ingen signifikant endring i forhold til vanlig pleie. Av psykologiske utfall viste en studie at pasientene opplevde økt nivå av angst etter intervensjonen, når de må sette seg mål og gjennomføre disse. Flere studier forteller at MI har en positiv effekt i forhold til depresjon. MI foregikk enten ansikt-til-ansikt eller via telefonsamtale, og antall samtaler var mellom en og fem. Det var flere profesjoner som gjennomførte MI, blant annet sykepleier. Seks studier uttrykker at kurs innenfor MI var gitt for utøverne.

Kommentar/ Relevans for vår oppgave	Studien viser bare signifikante forandringer når det gjelder røykevaner og depresjonsnivå, samt at sykepleier egner seg til å gjennomføre MI angående livsstilsendring. Det er ikke klarert om artikkelen er etisk godkjent.
Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(E)Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., & Hagger, M. S., Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trail with a 12-month post-intervention follow-up, <i>The International Journal of Behavioral</i>, 2013
Hensikt, formål	Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av en seks måneders lavintensiv intervensjon med MI i primærhelsetjenesten, og undersøke om deltagerne hadde reduserte risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom 12 måneder etter intervensjonen.
Metode	Dette er en kvantitativ primærstudie. Pasienter i primærhelsetjenesten i England ble tilfeldig fordelt i to grupper, hvor intervensjonsgruppen fikk standard kostholds- og treningsprogram samt opp til fem MI-samtaler med fysioterapeut og ernæringsfysiolog. Sammenligningsgruppen fikk standard informasjon. Deltagerne måtte ha minst en risikofaktor for kardiovaskulær sykdom, og 334 pasienter deltok. Deltagerne gjennomførte målinger av vekt, høyde, blodtrykk og fastende kolesterol, samt selvrappoterering angående fysisk aktivitet, «stages of changes» (SOC) og ernæring ved start av studien. Intervensjonsgruppen fikk videre tilbud om MI-veiledninger opptil seks måneder. 18 måneder etter første undersøkelse gjennomførte de undersøkelsene igjen. Hele studien varte i 26 måneder. Både fysioterapeuten og ernæringsfysiologen hadde fått trening i metoden, men lite tid til å praktisere før start av studien. Dataene ble analysert og sammenlignet.
Resultat/funn	Av 334 pasienter var 203 i intervensjonsgruppen og 131 i kontrollgruppen. Det var ingen forskjeller på gruppene ved starten av studiene. Ved studiestart var 99 % av pasientene overvektige. Gjennomsnittlig MI-samtaler var to samtaler, men de var oppfordret til å delta på flere. Intervensjonen viste at MI hadde ført til signifikante forbedringer i forhold til fysisk aktivitet og kolesterol, også etter 12 måneder. Blodtrykk, vekt og BMI ble ikke opprettholdt over tid.
Kommentar/ Relevans for vår oppgave	Studien viser at lavintensiv MI kan føre til signifikante forbedringer i kolesterol og fysisk aktivitet opp til ett år etter intervensjonen. De som hadde høyt nivå av kolesterol og var overvektige i utgangspunktet hadde de største positive utfallene. Studien viser en god indikasjon på at man trenger få samtaler for en meningsfull forandring. I lengden kan det være kostnadseffektivt å bruke metoden, ettersom det krever få timer for effekt. Studien viser at det er lettere å opprettholde livsstilsendringer når man har ansikt-til-ansikt-samtaler. Studien er etisk godkjent.
Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(F)Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., & Fitzsimons, D., "I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!" Patients presenting with NSTEMI myocardial infraction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working</i>

	Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 2014
Hensikt, formål	Hensikten med studien var å undersøke og sammenligne pasientenes sykdomsperspektiv og motivasjon for livsstilsendring etter et førstegangs hjerteinfarkt når de var behandlet på ulike metoder.
Metode	Det er en mixed methods, tverrsnittstudie. 15 pasienter fra tre forskjellige universitetssykehus i England deltok i studien. Pasienter ble hentet fra tre pasientgrupper; (1) PPCI, som er pasienter med STEMI behandlet med perkutan koronar intervensjon (PCI). (2) «Lysed STEMI», som hadde fått bekreftet STEMI og blitt behandlet med trombolyse, og eventuelt PCI i etterkant. (3) NSTEMI, bekreftet NSTEMI, behandlet med PCI om nødvendig. Et hjerteinfarkt kan oppstå uten ST-elevasjon (NSTEMI) og med ST-elevasjon (STEMI). Gjennom semi-strukturerte intervjuer var hovedfokus på pasientens erfaring, behandlingsforløp, forståelsen rundt hjerteinfarkt og om livsstilsforandringer i ettertid. Pasientene ble intervjuet 1-4 uker etter hjerteinfarkt i pasientenes hjem. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd med pasientenes samtykke. Dataene ble analysert, fordelt i temaer og undersøkt for likheter og forskjeller.
Resultat/funn	Det ble identifisert fire temaer: (1) påvirkningen av behandlingen. Pasientene i gruppen PPCI og «lysed STEMI» uttrykker at de hadde en traumatisk opplevelse og fikk rask og livreddende hjelp. NSTEMI-pasientene opplevde ikke samme traumatiske opplevelse. (2) klarhet i diagnosen. PPCI- og «lysed STEMI»-pasientene fikk informasjon om diagnosen før behandling. Noen PCI- pasienter ble stentet raskt, og ble usikre på hvor alvorlig hendelsen var, siden alt skjedde så raskt. Noen av pasientene med NSTEMI opplevde at de var usikre på om de hadde hatt hjerteinfarkt og opplevde diagnosen som mild. (3) ta kontroll. PCI- og «lysed STEMI»-pasientene opplevde diagnosen som kronisk og langvarig, og var noe de selv kunne bidra til å forandring. Bare noen pasienter i NSTEMI-gruppen opplevde tilstanden som langvarig. (4) motivasjon for livsstilsendring. Både PPCI- og «lysed STEMI»-pasientene hadde startet med å endre livsstil og så på dette som en langsiktig plan. NSTEMI-gruppen hadde gjennomsnittlig ikke samme motivasjon for ny livsstil. De oppfattet at livsstilsendringer var nødvendig, men var ambivalente i forhold til om de klarte å gjennomføre og opprettholde disse. Alt i alt hadde de mindre motivasjon.
Kommentar/ Relevans for vår oppgave	Det kommer fram fra studien at hvor raskt man blir behandlet, har betydning for hvor alvorlig man opplever diagnosen, som igjen vil påvirke motivasjonen til livsstilsendring. PCI- og «lysed STEMI»-gruppene ble intervjuet 1-4 uker etter hjerteinfarkt, noe som er ganske tidlig etter en livstruende opplevelse. Dette kan ha påvirket motivasjonen. Studien er etisk godkjent.
Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(G) Huffman, J. C., Feig, E. H., Millstein, R. A., Freedman, M., Healy, B. C., Chung, W.-J., ... Celano, C. M., Usefulness of a Positive Psychology-Motivational Interviewing Intervention to Promote Positive Affect and Physical Activity After an Acute Coronary Syndrome, The American Journal of Cardiology, 2019
Hensikt, formål	Hensikten med studien er å undersøke om en kombinasjon av positiv psykologi og motiverende intervju (PP-MI) for pasienter etter gjennomgått

	ACS, er gjennomførbart. De ønsket også å undersøke om det ga positive psykologiske effekter (som velvære) og økt fysisk aktivitet.
Metode	Studien er en randomisert kvantitativ primærstudie. Det var til sammen 47 deltakere, hvor 24 personer mottok PP-MI, mens 23 personer bare gjennomførte MI. Etter en tilfeldig inndeling av gruppene fikk deltagerne en ansikt-til-ansikt-samtaler av enten en psykolog eller en sosialarbeider, samt at de fikk utdelt «Caring for Your Heart» håndbok og et parameter for å måle fysisk aktivitet. Positiv psykologi (PP) handler om psykologisk helse, og knyttes til velvære og mestring, eksempelvis gjennom spesifikke aktiviteter, som å benytte seg av personlige styrker og hjelpe andre. PP-MI-gruppen fikk telefonsamtaler ukentlig i 12 uker, basert på metoden. Både MI og PP hadde spesifikke ukentlige temaer de tok opp. MI-gruppen fikk helseinformasjon gjennom MI-prinsipper om blant annet fysisk aktivitet, diett og medisiner. Samme person gjennomførte telefonsamtalene til begge gruppene. Studien foregikk i tidlig fase etter ACS. Pasientene gjennomførte selvrappotering ved starten av studien, og av medarbeidere etter 12 og 24 uker. Etter hvert telefonmøte ble samtalen vurdert fra 0-10 etter nytte og gjennomføringsgrad. Positive effekter, optimisme, angst og depresjon ble målt gjennom diverse skalaer og fysisk aktivitet ble målt gjennom en parameter, hvor de målte antall skritt og aktivitetsnivå. 91 % av deltagerne møtte opp på oppfølgingen av studien. Telefonsamtalene ble tatt opp, lyttet til og vurdert gjennom en skala. Samtykke ble gitt av pasientene.
Resultat/funn	Studien viste forbedring for PP-MI-gruppen for optimisme, angst og depresjon i forhold til kontrollgruppen, men mindre forskjell for sistnevnte ved 24 uker. I forhold til fysisk aktivitet hadde PP-MI-gruppen flere skritt og økt aktivitetsnivå etter 12 uker enn MI-gruppen, men forskjellen var lavere etter uke 24. PP-MI-gruppen gjennomførte gjennomsnittlig 10 samtaler og MI-gruppen gjennomførte gjennomsnittlig 10,7 samtaler.
Kommentar/ Relevans for vår oppgave	Denne studien viser at MI kan kombineres med andre typer behandlingsformer, som gir god effekt i kort tid etter en ACS-hendelse. Den viser at MI fint kan gjennomføres over telefon. Det virker som om PP-MI hadde størst innvirkning for pasienter med dårligst grunnform ved start. Denne metoden trenger ikke mye opplæring av personalet som skal gjennomføre den, og kostnadene er lave. Studien er etisk godkjent.
Forfatter, tittel, tidsskrift, år	(H) Hardcastle, S., Blake, N., & Hagger, M. S., The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community, <i>Journal of Behavioral Medicine</i>, 2012
Hensikt, formål	Hensikten med denne studien er tredelt. De ønsket å undersøke effekten av MI i primærhelsetjenesten for å øke fysisk aktivitet blant personer med lav sosioøkonomisk status. Videre ønsket de å undersøke graden av støtte som pasientene trenger for å øke sin fysiske aktivitet og sosial-psykologiske og motiverende faktorene for endring av fysisk aktivitet.
Metode	Dette er en kvantitativ primærstudie. Studien foregikk i utkantområder i England med lav sosioøkonomisk status. Inklusjonskriterier var at pasientene hadde mindre aktivitet enn 5x30 minutter moderat aktivitet/uke og som ikke hadde kontraindikasjoner mot fysisk aktivitet. De fikk

	<p>oppfølging fra 1-12 ganger på seks måneder. Samtalene var individuelt tilpasset hver deltager etter grunnprinsippene i MI, samt deres fase i «Stages of change» (SOC). Pasientene rapportert selv om fysisk aktivitet, og pasientens SOC, selveffektivitet, holdninger og sosial støtte ble kartlagt. Sosioøkonomisk status ble vurdert ut fra yrke, utdanning og inntekt. Livsstilsfasilitatorene som gjennomførte MI hadde vært på kurs og fått utøve metoden i seks måneder før start av studien. Pasientene hadde gitt samtykke til studien.</p>
Resultat/funn	<p>Tilsammen 207 pasienter ble valgt ut fra rutinekontroller i primærhelsetjenesten, og ble delt i grupper ut fra høy (n=64) og lav (n=143) sosioøkonomisk status. Gjennomsnittlig ble det gjennomført 2,16 MI-samtaler. De som deltok på to eller flere samtaler med MI, økte sin fysiske form mer enn de som deltok på en time eller mindre. De som i utgangspunktet hadde minimal fysisk aktivitet hadde best utbytte av studien. Deltagerne fra gruppen med høy sosioøkonomisk status hadde betydelig høyere nivåer av oppfattet atferdskontroll, men lavere SOC for fysisk aktivitet sammenlignet med den lavere sosioøkonomiske gruppen.</p>
Kommentar/ Relevans for vår oppgave	<p>Studien viste økning i fysisk aktivitet, hvor de som hadde gjennomført flere MI-samtaler hadde bedre effekt enn de som hadde færre samtaler. Studien tyder på at 4-5 konsultasjoner er det optimale for å øke fysisk aktivitet. Likevel viste det seg at et fåtall samtaler også har effekt. Videre viste studien at SOC og antall MI-samtaler og sosial støtte var viktige for å øke fysisk aktivitet. Studien er etisk godkjent.</p>
Forfatter, tittel, tidsskrift, år	<p>(I) Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S., Motivational interviewing within the different stages of changes: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. <i>Social Science & Medicine</i>, 2013</p>
Hensikt, formål	<p>Hensikten med denne studien var å utforske om og til hvilket nivå sykepleiere bruker MI og generelle kommunikasjonsferdigheter gjennom de forskjellige "Stages of change" (SOC) for pasientene. Hovedfokus i studien er å forandre holdningene angående røyking, alkoholbruk, matvaner og/eller fysisk aktivitet hos pasienten.</p>
Metode	<p>Dette er en kvalitativ og kvantitativ primærstudie. Til sammen 19 sykepleiere med gjennomsnittlig 4.5 års arbeidserfaring fra forskjellige institusjoner primærhelsetjenesten i Nederland deltok i denne studien. Alle sykepleierne hadde lært MI underveis i utdanningsløpet, og noen hadde videreutdanning innenfor MI. Kriterier for deltagelse i studiet var at pasientene var røykere og hadde mindre aktivitet enn 30 minutter/dag i fem dager, samt at de pratet om livsstilsendring underveis i konsultasjonen. 103 konsultasjoner møtte disse kriteriene, og ble inkludert i undersøkelsen. Konsultasjonene ble tatt opp på video. I videoopptakene ble SOC identifisert ut fra kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, og diverse skalaer ble brukt til å undersøke kommunikasjonsferdigheter og bruk av MI i konsultasjonen. Opptakene ble gjennomgått av to observatører individuelt.</p>
Resultat/funn	<p>Resultatene viste at sykepleiere justerte MI-ferdigheter i forhold til pasientens SOC, men bare til en viss grad. Sykepleiere oppfordret</p>

	<p>pasientene til å snakke mer om livsstilsendring når de var i føroverveiellesstadiet og overveiellesstadiet enn under andre stadier. Det kom også fram i undersøkelsen at sykepleiere stilte flere spørsmål for å lokke frem hvordan pasienten forholdt seg til livsstilsendring i føroverveiellesstadiet og overveiellesstadiet enn i andre stadier. Det kom også fram at sykepleiere anerkjente mindre utfordringer med livsstilsendringer i handlings- og vedlikeholdsstadiet enn i andre faser. Sykepleier og pasient utvekslet i større grad ideer om hvordan pasienten kunne endre livsstil i forberedelsesstadiet enn i andre faser. Generelt brukte sykepleierne MI mer enn når pasienten var i forberedelsesstadiet enn i andre stadier.</p>
Kommentar/ Relevans for vår oppgave	<p>Denne studien viser at sykepleiere tar hensyn til pasientens fase i SOC ved MI-konsultasjoner, og bruker ulike tilnærminger. Få personer i denne studien hadde kardiovaskulær sykdom. Studien er etisk godkjent.</p>
Tittel,	<p>(J) Noordman, J., van Lee, I., Nielen, M., Vlek, H., van Weijden, T., & van Dulmen, S., Do Trained Practice Nurses Apply Motivational Interviewing Techniques in Primary Care Consultations? <i>Journal of Clinical Medicine Research</i>, 2012</p>
Henskt	<p>Hensikten med studien er å undersøke om sykepleiere benytter seg av MI-teknikker i konsultasjoner med pasienter, og hvordan de justerer MI-ferdighetene for primær- og sekundær forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer.</p>
Metode	<p>Dette er en kvalitativ primærstudie med observasjons design, hvor konsultasjoner mellom sykepleiere og pasienter ble tatt opp på video på tilfeldige dager. 13 sykepleiere fra Nederland, som var trent i metoden, deltok. Både sykepleier og pasient skrev under samtykke og kunne trekke seg fra studien når de ville. Pasientene fylte ut et spørreskjema angående livsstilsvaner, og sykepleieren fylte ut et spørreskjema angående pasientens sykdom og tema fra konsultasjonen. Videoene ble analysert av to personer.</p>
Resultat	<p>Det var 39 pasienter i gruppen for primærforebyggende MI og 78 pasienter i sekundære forebyggende MI, tilsammen 117 konsultasjoner av pasienter. Studien viste at sykepleiere bruker lite empatiske utsagn, lite oppsummering, anerkjente lite vanskelighetene rundt livsstilsendring som pasientene opplevde, og undersøkte lite pasientens villighet til å prate om livsstil. Videre viste studien også at sykepleierne bruker mye sensitivitet når de prater om livsstilsendring, oppfordrer pasienten til å snakke om sin nåværende situasjon, gir tilpasset informasjon til pasientens forståelse og engstelser og respekterer pasientens valg. Studien viste heller ingen signifikante forskjeller mellom primær- og sekundærforebygging i praktisering av MI, og det var generelt lite forskjell mellom gruppene. I 1/6 av konsultasjonene snakket sykepleieren mer enn pasienten.</p>
Kommentar	<p>Sykepleiere bruker MI-teknikker i sin daglige praksis til et moderat nivå, som indikerer at MI-ferdigheter er vanskelig å benytte i hverdagslig praksis. MI kan benyttes til både primær- og sekundærforebygging. Det var ikke nødvendig med etisk godkjenning av denne studien.</p>

3.2 Sammenfatning av empiri

Dette litteraturstudiet tar utgangspunkt i 10 forskningsartikler som inneholder relevant informasjon om MI og faktorer for livsstilsendringer. En artikkel fremhevet bruken av MI for økt fysisk aktivitet hos personer som var fysisk inaktive og med lav sosial status, hvor metoden hadde god effekt (Hardcastle mfl., 2012). Videre uttrykker en systematisk oversiktsartikkel at MI ikke har noen effekt annet enn for røykevaner (Lee, Choi, Yum, Yu, & Chair, 2016). En artikkel ser på effekten av MI 12 måneder etter intervensjonen for pasienter med en kardiovaskulær risiko. Den viste god effekt når det gjelder noen faktorer, som fysisk aktivitet og kolesterolnivå (Hardcastle mfl., 2013). Videre undersøker en artikkel om positiv-psykologi-motiverende-intervju (PP-MI) kan bidra til økt velvære og økt fysisk aktivitet etter gjennomgått hjerteinfarkt, noe som blir bekreftet. I de fire artiklene som undersøkte MI, hadde alle instruktører MI-trening i metoden i forkant av studien, men ulik grad av utøvelse i praksis.

En artikkel omhandler opplæring av sykepleiere i metoden. Den fremhevet at sykepleierne var godt fornøyde med utbyttet og forbedret sine MI-ferdigheter gjennom kurs og oppfølging i etterkant. Studien omfattet pasienter etter gjennomgått ACS (Dobber mfl., 2019). Dette påpeker også en annen studie. Denne studien viste at MI kan være vanskelig å implementere i vanlig sykepleiepraksis både som primær- og sekundærforebygging, og at sykepleierne er dårlige til å benytte grunnleggende kommunikasjonsferdigheter (Noordman mfl., 2012). I tre artikler er det annet helsepersonell enn sykepleiere som gjennomfører MI (Hardcastle mfl., 2012, 2013; Huffman mfl., 2019). I Lee mfl. (2016) sin studie påpekes det at sykepleiere egner seg til oppgaven grunnet bred kompetanse innenfor flere relevante områder innen livsstilsendring. Tre artikler fremhever at bruk av MI kan være kostnadseffektivt i lengden (Dobber mfl., 2019; Hardcastle mfl., 2013; Huffman mfl., 2019).

En artikkel fremhever forskjellige faktorer som kan påvirke ønsket og motivasjonen til å endre livsstil etter et hjerteinfarkt, og trekker frem at fysiske, psykologiske og sosiale faktorer er betydningsfulle (Nicolai mfl., 2018). En annen studie ser på ulike holdninger og oppfatninger hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt og hvilken grad av motivasjon de hadde til å endre livsstil på bakgrunn av diagnose. Det kom frem at pasienter som har gjennomgått NSTEMI, ikke opplever diagnosen som så alvorlig, som igjen påvirker motivasjonen til livsstilsendring (Dullaghan mfl., 2014).

I studien til Brobeck mfl. (2014) ble pasientenes opplevelse av MI når sykepleiere har gjennomført intervjuet, undersøkt. Den viser at pasienten ønsket å bli hørt og lyttet til av sykepleier, som de opplevde at de ble. Når pårørende hadde høye forventninger angående livsstilsendringer, som skapte press for pasienten, var det ønskelig å prate med helsepersonell som har innsikt i prosessen de gjennomgår. To artikler fremhever også viktigheten av støtte fra pårørende og venner for å endre livsstil, samt at pårørende endrer livsstil i samsvar med pasienten (Hardcastle mfl., 2012; Nicolai mfl., 2018). Flere artikler omtaler «Stages of change» (SOC) og pasientens innstilling til endring. En studie fokuserer på at sykepleiere benytter seg av forskjellige typer kommunikasjon ut ifra pasientens SOC. Den viste blant annet at sykepleiere hadde mindre fokus på å utforske utfordringer med livsstilsendring i handlings- og vedlikeholdsstadiet (Noordman mfl., 2013).

4. Teori

I dette kapitlet forklares utviklingen av aterosklerose og hvordan dette fører til hjerteinfarkt. Videre fortelles det om livsstil og sekundærforebygging for hjertepasienten. Deretter utdypes metoden MI og motivasjon, samt sykepleiers yrkesetiske retningslinjer og etiske vurderinger. Avslutningsvis forklares Travelbees teorier, med fokus på kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold.

4.1. Sykdomsmekanismer og livsstil

4.1.1. Utvikling av aterosklerose

Utvikling av aterosklerose i åreveggene i koronararteriene er en årsak til ACS. Opphopning av lipider, hvite blodceller og bindevevsfibre under endotelcellene er et aterosklerotisk plakk, som kan føre til forsnevninger i årene og påvirke oksygentransporten (Wyller, 2014). Høy alder, arv, fysisk inaktivitet, hypertensjon, røyking, dyslipidemi, fedme og diabetes øker risiko for utvikling av aterosklerotisk plakk og koronarsykdom (Amundsen mfl., 2008).

4.1.2. Hjereteinfarkt

ACS er et paraplybegrep for alvorlige iskemiske hjertesykdommer, og omfatter ustabil angina pectoris og hjerteinfarkt med ST-elevasjon (NSTEMI) og uten ST-elevasjon (STEMI) (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016). Ruptur av plakk vil aktivere hemostasemekanismer, og danne en trombe. En trombedannelse i en koronararterie kan føre til hjerteinfarkt når blodstrømmen påvirkes, eventuelt stopper opp, og gi irreversibel ødeleggelse av myokard. Skadeomfanget avhenger av hvor stor del av myokard og hvilken av koronararteriene som rammes (Wyller, 2014). NSTEMI karakteriseres av tilstrekkelig myokardskade til å gi økning av hjerteinfarktmarkører, mens STEMI vil gi iskemi og hypoksi grunnet en eller flere okkluderte koronararterier (Eikeland mfl., 2016). Vanlige symptomer er kraftige, klemmende smerter midt i brystet, som kan stråle til armer og hals, samt kvalme, dyspne og generell sykdomsfølelse (Wyller, 2014).

Medikamentell trombolysse eller radiologiske intervensjoner (eksempelvis PCI) benyttes som behandling. Ved PCI vil en ballong blåses opp i området med stenosen, og gjenopprette blodstrømmen (Wyller, 2014). Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan oppleve hendelsen som traumatisk og kan få emosjonelle reaksjoner som redsel, angst, tristhet og fornektelse (Cullberg, 2007; Dart, 2011).

4.1.4. Livsstil

Nancy Milio definerer livsstil i Kristoffersen (2016a s. 297-298) som;

Livsstil er atferdsmønstre valgt blant de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge et alternativ framfor et annet.

Det er miljøet i hjemmet som legger grunnlag for de holdninger og levevaner som påvirke helsen vår (Mæland, 2005). Sosiale, økonomiske og kulturelle faktorer som familie og utdanning, biologi, kjønn, alder, holdninger og verdier medvirker til hvordan en person lever (Kristoffersen, 2016a). Materielle og økonomiske forhold kan vanskeliggjøre det å velge sunne alternativ, men det er sjelden at økonomi alene avgjør livsstil i Norge. Noen ganger kan ønsket om å leve godt i nuet, å bli akseptert i vennekretsen eller å uttrykke en bestemt identitet påvirke livsstilen (Mæland, 2005).

4.1.5. Sekundærforebygging for hjertepasienten

Etter et hjerteinfarkt er det viktig å forebygge mot nye alvorlige hendelser (Helsedirektoratet, 2018) og en modifikasjon av nåværende levemåte kan være nødvendig (Kristoffersen, 2016a). Risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom er dårlig kosthold, fysisk inaktivitet, stress, alkohol og dårlig arbeidsmiljø. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdom anbefaler sterkt røykeslutt og regelmessig fysisk aktivitet. Kosthold og alkoholbruk nevnes også som viktige, men ikke i like sterk grad (Helsedirektoratet, 2018). Mange som har gjennomført livsstilsforandringer, uttrykker at det er en indre kamp, og at det er avgjørende å finne en balanse, uten å få skyldfølelse. Når den nye livsstilen er integrert i hverdagen og i relasjonene omkring, er det enklere å unngå fra den i korte perioder. Flesteparten av de som prøver å endre livsstil, vil etterhvert gå tilbake til de gamle vanene (Kristoffersen, 2016a).

4.2. Motivasjon og motiverende intervju

4.2.1. Motivasjon og mestringsforventning

Motivasjons betyr «å bevege» og omhandler indre krefter som forårsaker bevegelse mot et mål (Håkonsen, 2014). Ryan og Deci (2017) beskriver Albert Banduras sosialkognitive læringsteori, som inkluderer fenomenet mestringsforventning som den underliggende mekanismen for all motiverende atferd. En slik mestringsforventning er også knyttet til håp om et visst resultat, resultatforventning, og er derfor relevant innen helseatferd (Renolen, 2008). Faktorer som påvirker mestringsforventningen, er tidligere erfaringer, modellering (se hvordan andre lykkes), verbal påvirkning og fysiologisk og emosjonell tilstand. At mennesker er forskjellige når det gjelder mestringsforventninger, må tas i betraktning (Mæland, 2005).

Motivasjon kan deles inn i ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon kommer fra en kilde utenfor oss selv eller noe man utfører for å oppnå noe. Indre motivasjon oppstår inne i oss selv som resultat av egne ønsker og behov. Ved motivasjonsarbeid er det vesentlig å

prøve å endre en ytre til en indre motivasjon (Håkonsen, 2014). Siden kilder til motivasjon er forskjellig, er også motivene det (Ryan & Deci, 2017).

4.2.2. Motiverende intervju

MI omhandler at mennesker snakker seg selv til endring basert på egne interesser og verdier. MI er en samarbeidsbasert samtalestil for å styrke indre motivasjon og skape forpliktelser til endring (Miller mfl., 2016). Metoden ble originalt utviklet rundt rusavhengighetstilstander på 80-tallet, men kan også brukes i andre settinger som livsstilsendring (Miller & Rollnick, 2002). MI kan foregå ansikt-til-ansikt, i gruppe, over telefon eller med familie. Andre arenaer for MI kan være eksempelvis kriminalomsorgen og utdanning. Andre profesjoner, som sosialarbeidere og psykologer kan gjennomføre MI. Metoden kan gjennomføres med kort frekvens og hyppighet, men tilpasses individuelle behov (Miller mfl. 2016). 3-30 minutters samtaler anslår Hayes (2010) kan gi effekt. En atferdsendring foregår oftest innen de første samtalene (Miller & Rollnick, 2002).

4.2.2.1. Sentrale prinsipper i MI-arbeid

MI har et holdningssett som bygger på fire faktorer. Den første er partnerskap, som betyr at MI gjøres for og sammen med en person. Den andre er aksept, som omfatter fire aspekter: respektere menneskets absolutte verdi og potensial, menneskets autonomi og bekreftelse og nøyaktig empati, som omhandler en kombinasjon av sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens referanseramme og til å formidle dette. Tredje faktor er medfølelse som omhandler å fremme den andres velvære og behov. Siste faktor er fremkalling, som handler om å lokke frem motivasjon som allerede finnes. Sykepleier benytter seg av fem grunnleggende kommunikasjonsferdigheter under MI: åpne spørsmål, enkle og komplekse refleksjoner, oppsummeringer, bekreftelse og gi informasjon og råd, men dette må være på pasientens premisser. Gjennom å undersøke hva pasienten allerede vet, kan sykepleier gi informasjon på en nøytral måte (Ivarsson, 2017; Miller mfl., 2016). Ved åpne spørsmål vil pasienten kontrollere svaret som blir gitt og styre samtalen (Tveiten, 2016). Videre vil fokuset være på å utvikle diskrepans, som er et misforhold mellom det man gjør og sånn man synes det burde være. Dette kan føre til ambivalens hos pasienten (Kristoffersen, 2016b).

Motivasjon for endring kan påvirkes av relasjonen mellom pasient og sykepleier (Tveiten, 2016). Endringssnakk omhandler alle formuleringer fra pasienten som argumenterer for en endring (Miller mfl., 2016). Hensikten med endringssnakk er å øke bevisstheten og forberedtheten rundt å gjennomføre en konkret forandring, samt at pasienten blir påvirket av egne ytringer. Skalaspoørsmål (0-10) kan bidra til bevisstgjøring om dette. Samtalen må ha fokus på å styrke pasientens mestringsforventning (Ivarsson, 2017; Kristoffersen, 2016b). Pasienten kan yte motstand grunnet ytre press, tidligere negative erfaringer eller måten sykepleier kommuniserer på, eksempelvis gjennom uønsket rådgivning eller konfrontasjon. Motstand er naturlig når vaner utfordres. Uttrykket «å henge med på motstand» blir ofte brukt i disse tilfellene og omhandler å trekke seg litt tilbake, oppsummere og bekrefte pasientens opplevelse (Ivarsson, 2017).

4.2.2.2. Faser i MI-samtalen.

MI består av fire faser. Alle fasene kan inngå i samme samtale, men ofte trengs flere samtaler. Første fase omhandler det å engasjere og skape en relasjon mellom partene for å få et godt samarbeidsklima. Pasienten bestemmer ett tema for samtalen. I andre fase fokuserer man på det valgte tema og undersøker om pasienten er klar for endring. Tredje fase handler om å fremkalle endringsnakk og styrke pasientens mestringsforventningen. Fjerde fase handler om å planlegge og avslutte samtalen, og prøve å fremkalle en forpliktelse og en plan. Dette kan variere ut fra pasientens endringsnivå. Det er viktig å gi bekreftelse på små framskritt. Ved tilbakefall til gamle vaner må dette håndteres konstruktivt ved å gi bekreftelse på at tilbakefall er naturlig i en endringsprosess. En oppfølgingstime kan planlegges ved behov (Ivarsson, 2017; Kristoffersen, 2016b).

4.2.3. Endringsmodellen «Stages of Change»

Modellen «Stages of Changes» (SOC) inngår i «The transtheoretical model». Modellen er ofte knyttet til MI, men de er uavhengige av hverandre (Miller & Rollnick, 2002). De ulike stadiene reflekterer personens interesse og motivasjon for å endre atferd og er viktige å ta hensyn til når det gjelder livsstilsendringer. Stadiene starter på føroverveiellesstadiet, hvor pasienten ikke tenker på å endre livsstil. Videre kommer overveiellesstadiet, hvor pasienten evaluerer argumenter for og mot endring. I forberedelsesstadiet gjennomføres planlegging av endringen. Handlingsstadiet, hvor man gjennomfører den spesifikke atferdsendringen, fører videre til vedlikeholdsstadiet, hvor pasienten jobber for å vedlikeholde livsstilsforandringen. Pasienten kan veksle på å være i de forskjellige stadiene (DiClemente & Velasquez, 2002).

MI har god effekt for de første to fasene. Pasientene ønsker ikke å få høre hva de burde gjort når de ikke er innstilt på en endring eller overveier det. Derfor er det viktig å engasjere pasienten og fremkalle endringsnakk. I de tre siste fasene er fokuset mer praktisk rettet mot mål, planlegging og støtte (Kristoffersen, 2016b).

4.3. Etiske forhold

Bruk av MIs holdningssett og kommunikasjonsferdigheter vil sjelden føre til uetiske situasjoner. I noen situasjoner er det derimot mindre gunstig å benytte MI, eksempelvis ved sterke moralske overbevisninger eller overidentifisering med pasientens prosess. Dette kan påvirke retningen sykepleier driver pasienten i. Det kan også være utfordrende om andre enn pasienten selv ønsker endringen, som familie. Velgjørenhet, som handler om å bidra til å fremme pasientens ønsker, innebærer at MI ikke skal benyttes om man ikke opplever at det vil gagne pasienten, eller om effekten av den ikke er vitenskapelig påvist. «Ikke-skade»-prinsippet handler om å gjøre minst mulig skade for pasienten (Miller mfl., 2016). Selv om man endrer livsstil for å forebygge nye infarkter, vil det ikke kunne garantere bedre helse (Mæland, 2005).

4.5. Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiere har noen yrkesetiske retningslinjer som ligger til grunn for sykepleieutøvelsen. Disse omtaler at sykepleier skal arbeide kunnskapsbasert, som inkluderer å benytte erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, samt være oppdatert på nyeste forskning innen sitt fagområde (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). I forhold til sykepleiepraksis har sykepleier et ansvar for at praksisen som utføres, fremmer helse og forebygger sykdom, samtidig som den skal styrke livsmot, håp og mestring hos pasienten, samt fremme pasientens autonomi når de vet at nok informasjon er gitt. (Norsk sykepleierforbund, 2016, punkt: 1.1, 1.4, 2.1, 2.2, 2.4 & 2.5.)

4.6. Sykepleieteori

4.6.1. Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie som:

Sykepleie 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 finne mening i disse erfaringene.

I definisjonen over uttrykker også Travelbee det hun omtaler som sykepleiers mål og hensikt. Hun uttrykker videre at «å identifisere og være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkksom måte er en sykepleieaktivitet» (1999, s. 30). Hun antyder at sykepleieren er en endringsagent for at sykepleiens mål og hensikt skal realiseres, og forstår hvordan egen atferd påvirker andre. En profesjonell sykepleier bruker seg selv terapeutisk, med hensikt å fremme forandring hos den syke gjennom kunnskap og personlighet, og målrettet forsøke å skape en relasjon. Forandringen regnes som terapeutisk når den har en lindrende effekt på plager (Travelbee, 1999).

Sykepleiere må undersøke hvordan pasienten opplever sin helsetilstand. Pasientens subjektive helsetilstand, altså pasientens egen oppfatning av sin fysiske, emosjonelle og åndelige tilstand, må ikke stemme overens med pasientens objektiv helse, som kan være fravær av sykdom eller målt funksjonssvikt. Om pasienten selv ikke opplever at endringer i hverdagen er nødvendig, eller at det stadig oppstår problemer, kan pasienten oppleve at de gjennomførte tiltakene ikke er verdt målet (Travelbee, 1999).

4.6.2. Kommunikasjon

Kommunikasjon kan betraktes som en «prosess for meddelelse eller overføringer av tanker og følelser» (Travelbee, 1999, s. 137). Kommunikasjon kan benyttes til å oppnå forandring i en sykepleiesituasjon, hvor den profesjonelle sykepleieren handler bevisst og på en måte som kan føre til forandring. Travelbee (1999) beskriver teknikker som kan gjøre kommunikasjonen lettere, som åpne spørsmål, non-verbal kommunikasjon, parafrasering og speiling av følelser, samt å dele sanseinntrykkene med pasienten. Noen av hovedårsakene til kommunikasjonssvikt kan være at den syke ikke oppleves som et unikt individ, eksempelvis gjennom at sykepleier generaliserer en gruppe pasienter. At sykepleier ikke lytter til pasienten eller gir pasienten skyldfølelse i et forsøk på å endre atferd, er sjeldent effektivt (Travelbee, 1999).

4.6.3. Menneske-til-menneske-forhold

Det viktigste er at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt, ved at sykepleier bruker seg selv terapeutisk. Rollene som sykepleier og pasient kan vanskeliggjøre prosessen for å få en mellommenneskelig relasjon, og det burde derfor dannes et menneske-til-menneske-forhold. I begrepet menneske-til-menneskeforhold referer Travelbee (1999) til erfaringer mellom to mennesker, sykepleier og pasient. Et forhold kan bygges opp i forskjellig tempo, med progresjon og tilbakegang mellom faser. Noen behov kan oppfylles umiddelbart, mens andre trenger tid på å modne. Hvert møte mellom pasienten og sykepleieren er reflektert, målrettet og nøye planlagt gjennom at sykepleier vet hva hun ønsker å oppnå, hvordan hun ønsker å gjennomføre det, og når pasienten vil ha størst utbytte av det (Travelbee, 1999).

4.6.3.1. Faser i et menneske-til-menneske-forhold

Første fase er «det innledende møtet», hvor sykepleier og pasient møtes for første gang og får et inntrykk av hverandre. I denne fasen ser man hverandre i rollene og ikke som unike personer. Neste fase er «framvekst av identiteter», hvor man går ut over rollene og begynner å se den andre som et unikt menneske. Tredje fase er «empatifasen», hvor sykepleieren erkjenner pasientens tilstand og lidelse, og føler forståelse for pasientens opplevelse av situasjonen. «Sympatifasen» er der sykepleier handler til pasientens beste ut i fra erkjennelsen og forståelsen av pasientens situasjon. For å danne en mellommenneskelig relasjon må sykepleier engasjere seg følelsesmessig. Siste fase er «gjensidig forståelse og kontakt», hvor de begge har etablert menneske-til-menneske-forhold der de opplever og erkjenner hverandre som unike mennesker som møtes i en spesiell setting. Det er sykepleiers oppgave at pasienten skal ha fått nok kunnskap til å mestre sin sykdom (Dahl, Slettebø, & Romsland, 2015; Travelbee, 1999).

5. Diskusjon

5.1. Innledning

Dette kapittelet omhandler drøfting av resultatet fra empirien i kapittel tre og teorien fra kapittel fire, og ser på ulike aspekter ved problemstillingen «hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju bidra til livsstilsendringer for pasienter som har gjennomgått sitt første hjerteinfarkt». Drøftingen er inndelt i fire deler ut fra empirien. Første del vil omhandle hvordan sykepleier kan benytte MI, og sykepleiers rolle. Videre påpekes viktigheten av relasjonen mellom sykepleier og pasient og pasientens opplevelse av metoden. I andre del drøftes betydningen av pasientens SOC mot sykepleiers ferdigheter. Tredje delen omfatter forskjellige faktorer som påvirker motivasjon og endring av livstil. Mestringsforventning og sosial støtte blir drøftet. Til slutt drøftes effekten av MI i forskning og de strukturelle forholdene.

5.2. Sykepleieren og motiverende intervju

Både sykepleiernes sekundærforebyggende og veiledende funksjon kan inkluderes i sykepleiers funksjonsområde. I forhold til veiledningsfunksjonen uttrykker Kristoffersen og Nortvedt at «denne delen av sykepleierfunksjonen er knyttet til å bidra til å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse» (2016, s. 19). Travelbee (1999) uttrykker at en sykepleieaktivitet handler om å kunne indentifisere og frembringe endring på en målrettet, omtenkfull og innsiktsfull måte. Metoden MI er en samarbeidende, målrettet og personsentrert metode for å frembringe endring gjennom pasientens egen motivasjon, med fokus på kommunikasjonsferdigheter og MIs holdningssett (Miller mfl., 2016). Etter min forståelse kan MI derfor defineres som en sykepleieaktivitet og vil kunne ha en veiledende funksjon. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer påpeker også aspektet ved å arbeide forebyggende og styrke livsmot og mestring hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016). Forebygging er derfor sentralt i sykepleie.

Tveiten (2016) uttrykker at relasjonen mellom pasient og sykepleier er betydningsfull for motivasjon til endring. Det kan være utslagsgivende i den innledende fasen av MI ved å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Ivarsson, 2017). Dette kan sees i sammenheng med fasene til Travelbee (1999) om å skape et menneske-til-menneske-forhold, hvor målet gjennom fasene er å skape gjensidig forståelse og kontakt og erkjenne hverandre som unike mennesker, og ikke i rollene som sykepleier og pasient. I prosessen for å gjennomføre et menneske-til-menneske-forhold fremhever Travelbee (1999) at sykepleier må arbeide målrettet og planlegge nøye hva hun ønsker å oppnå, hvordan dette skal gjøres, og når pasienten har størst utbytte av å få dekt dette behovet. Dette blir også viktig når de på sengepost har få møter og lite tid. Dette kan sees i sammenheng med fasene i SOC. Om pasienten er i føroverveiellesfasen og ikke er klar for livsstilsendring, må sykepleier fokusere på å plante et frø og prøve å lokke frem

pasientens egen motivasjon til å endre livsstil. En endring vil ikke lykkes om pasienten ikke er klar for det (Kristoffersen, 2016b).

I studien til Brobeck mfl. (2014), som så på pasienters opplevelse av MI, opplevde flere av deltagerne at en gjensidig interaksjon med sykepleier var nødvendig. Disse pasientene hadde blitt valgt ut av sykepleiere, noe som kan ha påvirket det positive resultatet av opplevelsen av MI. Likevel sier dette noe om at sykepleierne over tid har lykkes i å danne et menneske-til-menneske-forhold med deltagerne (Travelbee, 1999). Alle deltagerne var indre motiverte til å endre livsstil og hadde god effekt ved bruk av MI. Resultatet kunne derimot blitt annerledes om ikke alle hadde vært like motiverte. Hovedproblemet til pasientene i denne studien var vektkontroll, røyking og alkohol. Sykepleierne i studien var erfarne MI-utøvere. Pasientene opplevde ikke at sykepleier krevde noe av dem eller dømte dem på grunn av deres handlinger. At sykepleier møter pasienten med respekt og empati, benytter seg av grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og er bevisst pasientens autonomi, vil kunne gi et godt utgangspunkt for endring (Ivarsson, 2017; Miller mfl., 2016). Deltagerne i studien til Brobeck mfl. (2014) opplevde ofte følelser knyttet til skam når det var snakk om livsstilsendring. Det er derfor viktig som sykepleier å møte dette på en sensitiv måte. Om sykepleier derimot anklager pasienten for hans sykdom for å skape motivasjon, vil dette påvirke kommunikasjonen og relasjonen negativt. I situasjonene beskrevet over er sykepleier en endringsagent og bruker seg selv terapeutisk. Når hun bruker seg selv på denne måten, vil hun også forstå hvordan hennes egen adferd påvirker den andre (Travelbee, 1999).

Studien til Lee mfl. (2016) ser på effekten av MI med tanke på livsstilsendringer for pasienter som både har utviklet og er i risiko for å utvikle kardiovaskulær sykdom. Denne studien uttrykker at sykepleie er en profesjon som kan spille en nøkkelrolle for livsstilsendring gjennom MI. Sykepleiere har en bredere kunnskap om livsstil og helse, i forhold til eksempelvis en fysioterapeut, som mest sannsynlig vil ha et høyere fokus på fysisk aktivitet enn røyking. Derimot må sykepleier være bevisst på ikke å ha for mye fokus på enkeltkomponentene i livsstilsendringen, men ha et holistisk syn på mennesket. Ved fokus på bare enkeltfaktorer vil sykepleier ha reduserte muligheter til å endre noen av de grunnleggende faktorene som kan påvirke livsstil (Kristoffersen, 2016a). Derimot kan det gjennom en MI-samtale være en fordel å fokusere på ett tema om gangen. Det bør være opp til pasienten å velge hvilket tema som er aktuelt, og som pasienten er mest motivert for, uavhengig av hvilket helsepersonell som er til stede (Ivarsson, 2017). At hjertepasienten også velger en ting å fokusere på, kan også gjøre hele prosessen med å endre livsstil mer overkommelig, fremfor å skulle endre alle aspektene samtidig (Dart, 2011).

En studie som skulle undersøke om sykepleiere benytter seg av MI-ferdigheter i sin praktiske hverdag, viste at MI-ferdigheter kan være vanskelig å benytte. Pasientgruppen var hovedsakelig diabetes type 2, men pasientene kom for både primær- og sekundærforebygging i primærhelsetjenesten. Studien viste at sykepleiere blant annet bruker lite bekræftende utsagn, lite oppsummering underveis og undersøker lite pasientens villighet til å prate om livsstil (Noordman mfl., 2012). Disse ferdighetene blir fremhevet som sentrale i MI-metoden. Gjennom å anerkjenne det pasienten sier, viser man at man har forstått og respektert pasientens autonomi, samt bidratt til relasjonsbygging (Ivarsson, 2017; Miller mfl., 2016). Videre viste studien til Noordman mfl., (2012) også at sykepleierne bruker mye sensitivitet når de prater om

livsstilsendring, oppfordrer pasienten til å snakke om sin nåværende situasjon, gir tilpasset informasjon til pasientens forståelse og engstelser, samt respekterer pasientenes valg. For pasienter med hjertesykdom fremhever Dart (2011) at å utfordre ambivalens, stimulere til endringssak og møte pasienten i sin unike situasjon, er viktig. En annen studie viser at sykepleiere som skal lære seg MI i situasjoner med pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt, bruker lite kritiske refleksjoner i sine samtaler med pasienter, som vil være viktig for å hjelpe pasienten med å komme framover i tankeprosessen (Dobber mfl., 2019). I min ressursamtale ble det fremhevet at refleksjoner er relasjonsbyggende og derfor bør benyttes. Derimot må sykepleier være bevisst i sin kommunikasjon med pasienten. Overidentifisering eller moralsk overbevisning kan påvirke sykepleieren til å føre pasienten i en bestemt retning. I disse situasjonene bør ikke MI benyttes grunnet etiske overveielser (Miller mfl., 2016).

5.3. Betydningen av pasientens «Stage of Change»

Hvordan sykepleier forholder seg til pasientens holdninger, meninger og ønsker, er vesentlig for endring. En måte sykepleier kan gjøre dette på er å ta hensyn til pasientens stadium i SOC. Studien til Noordman mfl. (2013) omtaler hvordan sykepleiere brukte MI i de forskjellige fasene og inkluderte pasienter som ønsket å bli mer fysisk aktive eller slutte å røyke. Studien uttrykker blant annet at sykepleiere snakker mer om livsstilsendringer og legger til rette for dette i føroverveielsesstadiet og i overveielsesstadiet enn andre stadier. Det er i disse fasene viktig med oppmuntring og støtte for å motivere til endring. Dette stemmer overens med teoretisk kunnskap (Kristoffersen, 2016a). Derimot kommer det frem fra samme studie at i handlings- og vedlikeholdsstadiet anerkjenner sykepleierne i liten grad at pasientene har utfordringer med livsstilsendring. Dette stemmer med funnene til Noordman mfl. (2012) om at sykepleierne er lite anerkjennende om vanskelighetene rundt livsstilsendringer som pasientene opplever. Å få diskutert barrierene og hindringene som kan oppstå, kan være viktig for at pasientene skal oppleve endringene som håndterbare, og få bekreftelse på at de gjør noe riktig (DiClemente & Velasquez, 2002). Det er derfor nyttig for pasienten å prate om problemer som kan oppstå, og utforske hvordan han mener dette kan unngås (Miller & Rollnick, 2002). Det er mulig å tro at et hjerteinfarkt og påfølgende symptomer kan motivere pasienten til endring, og dermed bidra til å få pasienten inn i neste stadium (Dart, 2011). Å ha åpenhet med pasienten rundt risikoen for tilbakefall, og hvordan dette kan mestres, og sees på som en erfaring i stedet for et nederlag, er en viktig (Kristoffersen, 2016a). Dette bekrefter også deltagerne i Brobeck mfl. (2014) sin studie der de opplevde at sykepleier hadde en ikke-dømmende holdning ovenfor dem. Dette gjorde at de turte å fortelle om tilbakefallet. At sykepleier på sengepost tar hensyn til pasientens SOC, er utslagsgivende. Hun har kort tid til å påvirke pasienten, men kan likevel hjelpe han til å se sine egne muligheter for endring.

5.5. Livsstilsendring og faktorer som påvirker motivasjon hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt

I følge Banduras teori kan mestringsforventning knyttes til menneskets tro på at en endring er mulig. Selv om resultatforventning i størst grad vil påvirke motivasjonen, vil mestringsforventning påvirke beslutningsprosessen og selve gjennomføringen av endringen, og er derfor en svært sentral faktor i motivasjonsarbeid (Ryan & Deci, 2017). Pasientens egne erfaringer er også viktige faktorer angående mestringsforventning. Om pasienten har prøvd, men tidligere ikke klart å gjennomføre en endring, kan dette redusere mestringsforventningen (Mæland, 2005). En studie undersøkte nøkkelfaktorer relatert til livsstilsendringer etter et gjennomgått hjerteinfarkt. En av deltagerne uttrykte at han hadde opplevd negative konsekvenser av livsstilsendringen. Pasienten hadde gjennomført røykestopp, men gikk da opp i vekt. Dette svekket motivasjonen for å fortsette endringen (Nicolai mfl., 2018). Sykepleier må hjelpe pasienten med å finne mening i tiden etter hjerteinfarkt. Om pasienten ikke selv mener at det er nødvendig å endre livsstil kan dette påvirke mestringsforventningen (Mæland, 2005). Pasienten kan da få følelse av at endringene ikke er verdt stevet (Travelbee, 1999). Hardcastle mfl. (2013) påpeker at lav selvkontroll gjør at flere ikke klarer å opprettholde en livsstilsendring. På den andre siden er det disse individene som kan ha utbytte av MI, siden metoden vil fremheve autonomi, selvtillit, planlegging og selvregulering. En annen studie antyder at deltagerne var mer angstfulle etter gjennomgått intervensjon, trolig grunnet presset på at de skulle sette seg mål og frykten for ikke å nå disse (Lee mfl., 2016). MI i kombinasjon med PP-intervensjoner, med fokus på økt velvære og redusert angst og depresjon kan være positivt å bruke i slike sammenhenger (Huffman mfl., 2019). Derimot kan små mål i en retning av endring gi en opplevelse av å lykkes og styrke troen på at endring er mulig. Gjennom at sykepleier hjelper pasienten til å sette seg realistiske mål, kan det bidra til en positiv mestringsforventning. Samtidig kan urealistisk høy mestringsforventning gi opplevelse av å ikke lykkes. Å se andre lykkes, kan gi en opplevelse av at en selv også kan lykkes (Renolen, 2008). Sykepleier kan gjennom MI gi pasienten informasjon om hva som har vært effektivt for andre, men må spørre pasienten om tillatelse. Å gi slike råd til pasienten når han ikke er klar for det, kan føre til mer motstand fra pasienten sin side (Ivarsson, 2017).

For noen personer kan det være lett å feiltolke kroppens signaler, eksempelvis etter et hjerteinfarkt. Angst og depresjon kan være vanlige reaksjoner som kan skape usikkerhet og bekymringer, som igjen kan hemme handling til endring (Dart, 2011; Mæland, 2005). Det psykologiske aspektet som blir nevnt i Nicolai mfl. (2018) var at pasientene opplevde en følelse av usikkerhet i etterkant av infarkt, blant annet under temaet fysiske begrensinger. Ved aktivitet kan pasientene bli andpustne og få økt hjerterefrekvens, noe de kan oppleve som skremmende ut fra hjerteinfarktets symptomer (Norekvål, Ernsten, & Gjeilo, 2016). Amundsen mfl. (2008) beskriver at omtrent 50 % av alle komplikasjoner skjer i løpet av den første måneden. Derfor er hjerterehabilitering med overvåket trening viktig i startfasen. Aktivitetsmengde og intensitet kan økes etter hvert som pasienten blir trygg i aktivitet. At sykepleier gir slik informasjon til pasienten, er viktig for at pasienten skal forstå viktigheten av de forskjellige livsstilsendringene, samt bidra til å øke mestringsforventningen. Motivasjon til å være fysisk aktiv kan dale en tid etter hjerteinfarkt. Pasientene bør informeres om dette, slik at de kan opprettholde de nye vanene. Med dette vil sykepleier bidra til å gi realistiske forventninger (Norekvål mfl., 2016). Sykepleier må også undersøke hva pasienten allerede vet om temaet på forhånd,

for ikke å skape motstand. Nicolai mfl. (2018) fremhever at denne informasjonen bør gis tidlig etter et hjerteinfarkt. Studien sier også at det er begrenset informasjon pasientene oppfatter under et sykehusbesøk. Siden MI handler om å fremkalle motivasjon som pasienten allerede har til livsstilsendring kan det være positivt at dette skjer i en tidlig fase etter et hjerteinfarkt.

Hjerteinfarkt er en skremmende og traumatisk situasjon for pasienten, og det varierer når de er klare til å bearbeide hendelsen (Cullberg, 2007). Dette kan påvirke når hjerteinfarktpasientene på sengepost er mentalt klare for å snakke om livsstil. Både Dullaghan mfl. (2014) og Nicolai mfl. (2018) fremhever ulike faktorer som kan motivere personer til livsstilsendring etter hjerteinfarkt. Dullaghan mfl. (2014) påpeker at pasienter som har gjennomgått NSTEMI, og pasienter som har hatt STEMI, men ble behandlet raskt, opplevde at de ble «fikset». Pasientene som hadde gjennomgått STEMI, opplevde tilstanden som langsiktig og kronisk, og at de måtte gjøre endringer i hverdagen. Pasientene som hadde gjennomgått et NSTEMI, hadde også forstått at tilstanden var langsiktig, men uttrykte at de var usikre på om de klarte å gjennomføre endringene. Det kommer tydelig fram i studien at tiden fra et hjerteinfarkt oppstår til behandling er gjennomført, er relevant for pasientenes motivasjon til å endre livsstil. Dette er noe jeg også har erfart i praksis. Dette kan tyde på at rask behandling kan hindre at pasienten ser alvoret i diagnosen og derfor ikke opplever en indre motivasjon. Det er mulig at noen av pasientene opplever en ytre motivasjon, der de føler at omgivelsene forventer at de skal gjøre noe med tilstanden. En ytre motivasjon er derimot ikke like sterk som en indre motivasjon om det ikke er viktig for personen (Håkonsen, 2014). Det kan også være at pasientenes subjektive helsetilstand oppleves som frisk grunnet den raske behandlingen og få symptomer i etterkant (Travelbee, 1999). Å oppleve symptomer mener Dart (2011) vil kunne forsterke motivasjon til endring, og uten disse kan det være vanskelig å se behovet for endring.

Studiene til Nicolai mfl. (2018) og Hardcastle mfl. (2012) viser at støtte fra familie og venner er viktig for å endre livsstil. I kapittel 4.3.1 ble Travelbees sykepleiedefinisjon omtalt. Den beskriver at sykepleieren skal hjelpe ikke bare individet, men også familien, til å forebygge sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Eksempelvis kan det være vanskelig for pasienten å slutte og røyke om familien ikke reduserte sine røykevaner. I familier benytter man seg av etablerte levevaner, og det er derfor viktig å få støtte av familie og venner til endring (Mæland, 2005; Nicolai mfl., 2018). Familien er de som er til stede i hverdag og kan bidra til motivasjon (Travelbee, 1999). På den andre siden kan det oppstå gnisninger i familien. Deltagere i Brobeck mfl. (2014) fremhever at familiene hadde høye forventninger til pasientene, noe som kunne skape press. Deltagerne uttrykte at de syntes det var godt å prate med en sykepleier, en utenforstående, som hadde kunnskaper om det de gjennomgikk og problemene som kunne oppstå underveis. At familien får informasjon om livsstilsendring er derfor viktig. Det er mulig å ha med pårørende til MI-samtaler. Det kan styrke motivasjonen til pasienten, samt få de pårørende med på endringen. Likevel kan dette ha en negativ effekt dersom pasienten opplever at pårørende og sykepleier presser pasienten til å gjøre en endring han ikke er klar for eller ønsker, selv om «ikke-skade»-prinsippet var lagt til grunn. Sykepleier må derfor jobbe aktivt for å holde en positiv atmosfære, eksempelvis gjennom å lage noen regler i starten av samtalen (Miller mfl., 2016).

Pasienten kan oppleve ubehag i sosiale settinger som ikke støtter pasientens livsstil, og kan da føle seg ekskludert fra sine omgivelser, samtidig som de kan oppleve å miste sin

identitet. Dette er en realitet for mange pasienter. Mæland (2005) hevder at det sosiale nettverket er viktig, og kan gi beskyttelse mot de viktigste grunnene for en for tidlig død, som hjertesykdom (s. 199). Det er også viktig for å kunne ha noen å dele gleder og vanskeligheter med i livet. Det kan derfor være problematisk at pasienten kan miste hele eller deler av sitt sosiale nettverk som følge av endret livsstil. På den andre siden kan det sosiale nettverket støtte en ugunstig livsstil, som pasienten kan oppleve som vanskelig. Dette kan også være et resultat av gruppepress eller påvirkning av rollemodeller pasienten ser opp til. Personer som lever med lavere sosial status, kan ha mer risikable levevaner. I Norge er ikke økonomien det største problemet til at personer ikke endrer til sunnere levevaner, men det kan likevel være en relevant faktor (Mæland, 2005). Studien til Nicolai (2018) er gjennomført i Tyskland, hvor de har et liknende velferdssystem som i Norge. De ønsket å undersøke faktorer for endring av livsstil som ikke påvirkes av økonomiske forhold. Forskningen til Hardcastle mfl. (2012) viser at MI hadde god effekt for å øke fysisk aktivitet i en gruppe personer med lav sosial status sammenlignet med høy status. Det er viktig at sykepleiere ikke dømmes eller ser ned på pasientens valg og tanker rundt livsstilsendring, da det er mange faktorer og omstendigheter som påvirker valget, som økonomi, familie, sosialt nettverk, holdninger og verdier. Det kan være vanskelig å endre på vaner man er oppvokst med og hatt hele livet. Sykepleier må møte pasienten som en unik person og ikke behandle pasienten ut fra stereotyper i forhold til sosial status eller helsetilstand, men individualisere pleien til den spesifikke personen. Dette er spesielt viktig i det innledende møtet i et menneske-til-menneske-forhold (Mæland, 2005; Travelbee, 1999).

5.6. Gjennomføring og effekt av motiverende intervju

Studien til Hardcastle mfl. (2013), som omfatter pasienter med risiko for kardiovaskulær sykdom, hadde et gjennomsnittlig samtaleomfang på to samtaler per person. Likevel ga dette et positivt resultat. Dette støtter også annen teori om at det ikke er nødvendig med så mange MI-samtaler for å oppnå god effekt. Flere studier viser samme resultat (Hardcastle mfl., 2012, 2013; Kristoffersen, 2016b). For sykepleiere på sengepost vil de ha begrenset mulighet til å gjennomføre flere MI-samtaler enn to, men forskning tyder på at dette gir effekt. Disse samtaler foregår ofte i nær tid etter hverandre, og hjerteinfarktpasienten får lite mulighet til utprøve livsstilsendringen før en ny samtale. Miller mfl. (2016) fremhever at en atferdsendring ofte skjer i løpet av de første samtaler. Lav-intensitiv MI viste signifikante resultater også i 12 måneder etter samtaler når det gjelder aktivitetsnivå og kolesterol. Dette tyder på at vedlikeholdspotensialet for livsstilsendring er til stede ved bruk av MI. Flere studier viser at de med dårligst utgangspunkt av fysiologiske faktorer har best utbytte av MI (Hardcastle mfl., 2012, 2013). Forskningen uttrykker ikke hvor lang tid det er mellom pasientenes samtaler, og derfor er det vanskelig å anslå om to samtaler på kort tid vil gi god effekt, selv om en studie tyder på at forlenget kontakt er mer effektivt en hyppig kontakt (Hardcastle mfl., 2013). En annen studie fremhever at det optimale antall samtaler varierer mellom fire til fem samtaler (Hardcastle mfl., 2012). Dette vil kunne vanskeliggjøre prosessen på sengepost. MI-samtaler må skje hyppig, fire til fem samtaler kan derfor være vanskelig å gjennomføre. Derimot kan slike korte møter lokke frem ønsket om en endring, som gjør at flere deltar på hjerterehabilitering. For noen pasienter kan ett møte med sykepleier, eksempelvis på sengepost, være nok til at de får motivasjon til å gjennomføre en endring, dersom de har kunnskap, holdninger og mestringsforventning til å gjennomføre endringen på egenhånd. Grunnet få

forskningsartikler omhandler bruk av MI på sykehus, er denne effekten vanskelig å anslå. Andre pasienter kan trenge flere møter med sykepleiere, mens andre igjen er i en kronisk overveiellesfase og aldri vil klare å endre sin atferd (Miller mfl., 2016).

I studien til Huffman mfl. (2019) ble undersøkelsene gjort over telefon, som ga god effekt. Dette er en motsetning til Handcastle mfl. (2013) sin studie, som uttrykker at ansikt-til-ansikt-samtaler gir bedre effekt fremfor andre metoder. Lee mfl. (2016) viser til ansikt-til-ansikt-samtaler i en kombinasjon med telefonsamtale, men sier ikke noe om effekten. Telefonintervju vil kunne være mer fleksibelt i forhold til pasientens tilgjengelighet, slik at flere får mulighet til å gjennomføre. Det kan også være kostnadseffektivt (Miller mfl., 2016). Dette kan være en mulig måte å gjennomføre oppfølgingsamtaler på.

Studien til Lee mfl. (2016) påpeker at grunnet store variasjoner i intervensjonsdesign, kan det være vanskelig å avgjøre effektiviteten av MI. At det er ulik grad av forutsetninger, krusing og praktisering for de som gjennomfører MI-samtaler, kan dette påvirke resultatet. Studien til Handcastle mfl. (2012) viser at MI ga effekt for å øke fysisk aktivitet. En annen studie antyder at langtidseffekten av MI er god, og at deltagerne i undersøkelsen hadde effekten av MI 12 måneder etter siste samtale sammenlignet med kontrollgruppen. Dette gjaldt i hovedsak fysisk aktivitet og kolesterol (Handcastle mfl., 2013). Derimot inkluderte disse tre overnevnte studiene verken hjerteinfarktpasienter eller sykepleiere, noe som kunne gi et annet resultatet.

MI har oppgjennom tiden blitt kombinert med blant annet kognitiv atferdsterapi og folkehelse relaterte intervensjoner, samt å støtte opp om gjennomføringsevne ved både medisinske tilnærminger og psykoterapi. Dette tyder på at MI kan benyttes som et forstadium til andre behandlingsformer, hvor man ønsker å skape motivasjon og styrke mestringsforventningen (Miller mfl., 2016, s. 340). Videre formidler Miller mfl. (2016) at utviklingen med å kombinere MI med andre behandlingsformer per nå er lite utviklet. Som Huffman mfl. (2019) viser kan blant annet PP-intervensjoner kombineres med MI, som i denne studien viste gode resultater. Derimot hadde denne studien få deltagere, og må derfor undersøkes nærmere før den eventuelt kan benyttes i praksis. På bakgrunn av studien kan det tyde på at pasienter tidlig etter gjennomgått hjerteinfarkt kan ha behov for denne tilnærmingen. Videre uttrykker Miller mfl. (2016) at det kan være rimelig i fremtiden å integrere MI i andre tilnærminger i stedet for å anse MI som en enestående behandlingsmetode. De yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere fremhever at sykepleierne skal jobbe kunnskapsbasert, som inkluderer at de skal være oppdatert på nyeste forskning (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er derimot viktig at dette ikke blir sett på som «enda en» oppgave sykepleierne skal gjennomføre. Tidsaspektet viser at en slik tilnærming ikke trenger å ta lang tid, og kan være mer effektiv enn tradisjonell tilnærming (Kristoffersen, 2016b)

MI er ikke lett å lære seg, og er en prosess som foregår over tid, og det kreves praktisk øvelse samt veiledning og tilbakemelding på utøvelse (Dobber mfl., 2019; Miller mfl., 2016). Studien til Östlund, Wadensten, Kristofferzon, & Häggström (2015) om hvordan sykepleiere opplever utøvelsen av MI, uttrykker at de som ikke benytter seg av metoden, er redd for å feile, eller at arbeidsklimaet ikke ligger til rette for utviklingen av sykepleiernes ferdigheter. Det vil si at også organisasjonen må legge til rette for dette. De legger vekt på at tilbakemelding på ferdigheter ut over kurs er nødvendig. I Norge har Helsedirektoratet et samarbeid med KoRus Vest Bergen, hvor MI-utøvere kan sende

inn et opptak av en MI-samtale og få tilbakemeldinger på denne (Helsedirektoratet, u.å). Dette kan være tilbakemeldinger som forskningen identifiserer som avgjørende for å utøve god MI. Som nevnt i innledningen er det vanskelig å undersøke arenaer i Norge som har samme rammer som sykepleierne i mine valgte forskningsartikler, i og med at dette ikke er så utbredt i dag. I min ressursamtale kom det frem at MI er lite utbredt på somatiske sykehus i dag, og ut fra mine funn vil det være positivt om kan tas i bruk i større grad.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg drøftet problemstillingen «hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju bidra til livsstilsendringer for pasienter som har gjennomgått sitt første hjerteinfarkt». I litteraturstudiet har det blitt undersøkt effektene av MI, som viser positiv effekt ved bruk av MI i primærhelsetjenesten. Både frekvensen og hyppigheten kan begrenses til få møter, og likevel gi en betydelig effekt for pasienten. Det forekommer likevel ingen konsensus i litteraturen på hvor mange MI-samtaler som er nødvendige for at pasienten skal oppleve en endring, siden dette vil variere ut fra individuelle behov. At pasientene opplever positiv mestringsforventning, er relevant for motivasjonen, samtidig som indre motivasjon til endring gir bedre resultat enn ytre motivasjon alene. Indre motivasjon kan sykepleier fremme gjennom endringssnakk. Både sosiale, kulturelle og økonomiske forhold påvirker den livsstilen vi har i hverdagen. Disse må sykepleier ta hensyn til når livsstilsendringer er i fokus. Hensyn må også rettes mot pasientens stadium i SOC og benytte MI ut fra dette, og ikke presse pasienten over i noe han ikke ønsker eller klarer å gjennomføre.

Teori fremhever at relasjonen mellom sykepleier og pasient er essensielt i MI, som Travelbee også mener er viktig for å kommunisere med pasienten. Gjennom å danne et menneske-til-menneske-forhold kan denne relasjonen styrkes. At sykepleier behandler pasienten på en respektfull, empatisk, autonom måte og benytter seg av grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, fremheves som viktig i møtet med hjerteinfarktpasienter. Det blir også fremhevet at sykepleiere er en god yrkesgruppe til å benytte MI grunnet bred kunnskap innen livsstil og helse. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer om å arbeide forebyggende og benytte seg av kunnskapsbasert praksis, bekreftes også som relevante for å benytte metoden.

Liggetiden på sykehus er kort, og derfor trengs det mer forskning på sykepleierens bruk av MI på somatiske sykehus og dens effekt, ettersom den er lite utbredt i dag. Autonomien i MI står sterkt, og alle mennesker står fritt til å velge det de selv ønsker å gjøre. Livsstil er noe pasienten selv må være motivert for å endre. Sykepleier kan ikke gjøre det for pasienten, uansett hvor mye hun vil.

Referanseramme

- Amundsen, B. H., Slørdahl, S., Ståhle, A., & Cider, Å. (2008). Koronarsykdom. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 343–358). HelseDirektoratet: Fagbokforlaget
- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13, 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlag
- Dahl, B., Slettebø, Å, & Romsland, G. I. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg., s. 63–81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dart, M. A. (2011). *Motivational interviewing in nursing practice: empowering the patient*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- DiClemente, C. C., & Velasquez, M. M. (2002). Motivational Interviewing and the Stages of Change. I W. R. Miller & S. Rollnick (Red.), *Motivational interviewing: preparing people for change* (2.utg., s. 201–216). New York: Guilford Press.
- Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., Ter Riet, G., Scholte Op Reimer, W., & Peters, R. (2019). Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 18(1), 28–37. <https://doi.org/10.1177/1474515118784102>
- Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., & Fitzsimons, D. (2014). «I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!» Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 13(3), 270–276. <https://doi.org/10.1177/1474515113491649>
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind

- 1, s. 229–280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Govatsmark, R. E. S., Digre, T., Sneeggen, S., Utne, E. B., & Bønaa, K. H. (2018). *Norsk hjerteinnfarktregister 2017*. Hentet fra: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2_arsrapport_2017_hjerteinfarkt.pdf
- Hardcastle, S. J., Blake, N., & Hagger, M. S. (2012). The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(3), 318–333. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9417-1>
- Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., & Hagger, M. S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*, 40. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-40>
- Hayes, S. (2010). Brief interventions to change behaviour. *Practice Nurse: The Journal for Nurses in General Practice; Philadelphia, 39*(6), 20–23. <https://search.proquest.com/docview/818735087?accountid=12870>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet* (Meld. St. 26 2014-2015) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helsedirektoratet. (2018). Kartlegging av levevaner og råd om livsstiltiltak som forebygging av hjerte- og karsykdom. Hentet 11. mai 2019, fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levevaner-og-rad-om-livsstiltiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
- Helsedirektoratet. (2019). Primærhelseteam-pilotprosjekt. Hentet 4. juni 2019, fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>
- Helsedirektoratet. (u.å). Motiverende intervju (MI) - MI-analyse. Hentet 21. mai 2019, fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
- Huffman, J. C., Feig, E. H., Millstein, R. A., Freedman, M., Healy, B. C., Chung, W.-J., ... Celano, C. M. (2019). Usefulness of a Positive Psychology-Motivational Interviewing Intervention to Promote Positive Affect and Physical Activity After an Acute Coronary Syndrome. *The American Journal of Cardiology, 123*. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.03.023>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI: motiverende samtaler en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kirkegaard, S. (1964). *Søren Kirkegaard samlede værker Bind 18*. Kjøbenhavn: Gyldendalske Boghandel.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 295–348). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 349–406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie: fag og funksjon* (3.utg., bind 3, s. 15–27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lee, W. W. M., Choi, K. C., Yum, R. W. Y., Yu, D. S. F., & Chair, S. Y. (2016). Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *53*, 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.010>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2. Utg.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *37*(2), 129–140. <https://doi.org/10.1017/S1352465809005128>
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Sjøbu, A. (2016). *Motiverende samtale støtte til endring* (3.utg). Bergen: Fagbokforlag
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., ... Bieber, C. (2018). To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness*, *14*(1), 25–41. <https://doi.org/10.1177/1742395317694700>
- Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: an analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Medicine* (1982), *87*, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.019>

- Noordman, J., van Lee, I., Nielen, M., Vlek, H., van Weijden, T., & van Dulmen, S. (2012). Do Trained Practice Nurses Apply Motivational Interviewing Techniques in Primary Care Consultations? *Journal of Clinical Medicine Research*, 4(6), 393–401. <https://doi.org/10.4021/jocmr1120w>
- Norekvål, T. M., Ernstsen, L., & Gjeilo, K. H. (2016). Helsefremming blant hjertesyke i sykehus. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 190–205). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 6. mai 2019, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Olsen, S. J., Schirmer, H., Bønaa, K. H., & Hanssen, T. A. (2018). Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 17(3), 273–279. <https://doi.org/10.1177/1474515117737766>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Press.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). Hentet 29. april 2019, fra [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2018). Non communicable diseases. Hentet 30. april 2019, fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wyller, V. B. (2014). *Syk 1: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L., & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.005>