



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Hanne Mellembakken og Camilla Bækkevold
Veileder: Randi Løviknes

«Dere er så strenge...»

“You are so strict...”

Antall ord: 12 848

Bachelor i sykepleie, kull 123

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tittel:	«Dere er så strenge...» «You are so strict...»
Problemstilling:	«Hvordan kan sykepleier bidra til adferdsendring hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt ved bruk av MI som tilnæringsmåte?»
Veileder:	Randi Løviknes
Antall sider/ord: 50/12848	Antall vedlegg: 3
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Introduksjon: Nyresvikt er et økende helseproblem. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å lære hvordan sykepleier kan benytte motiverende intervju (MI) som tilnæringsmåte til pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt, ved å bidra til at pasientene får motivasjon til livsstilsendring. Hensikt: Vår hensikt er å finne ut om MI kan bidra til livsstilsendring hos en pasient med alvorlig kronisk nyresvikt, ved å styrke pasientens egen motivasjon og mestring. Metode: Dette er et litteraturstudie som er basert på fem forskningsartikler, en fagartikkel og annen relevant faglitteratur. Alle artiklene er engelskspråklige. Vi har benyttet pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Resultat/Konklusjon: MI er en god tilnæringsmåte i møte med en alvorlig kronisk nyresviktpasient, dersom tid og rom er til stede for samtale. Det kan være utfordrende å ta i bruk MI som tilnæringsmåte på bakgrunn av at pasientene har levd med kronisk nyresvikt over lang tid. Vi ser det slik at MI vil være mest hensiktsmessig i startfasen av dialysebehandling. MI bevisstgjør pasientens medbestemmelsesrett, som bidrar til å styrke pasientens mestring og troen på seg selv. Pasienten blir motivert til å gjennomføre den livsstilsendringen som trengs for at han selv kan få bedre livskvalitet og for å kunne leve best mulig med alvorlig kronisk nyresvikt.	

Forord

Pasientutsagn:

«Jeg gjør så godt jeg kan, men jeg føler at det aldri er bra nok. Dere er så strenge».

Dette utsagnet gjorde noe med oss som sykepleiestudenter. Vi forsøkte å formidle våre kunnskaper, noe vi trodde ville være til pasientens beste. Vi forstod da, at vi trengte mer kunnskaper om å møte pasienten der han er, for å få en forståelse av hvordan det er å leve med alvorlig kronisk nyresvikt. Men er det virkelig slik nyresviktpasientene opplever sykepleierne?

Dette er bakgrunnen for vårt valg av tema for bacheloroppgaven, som handler om å bruke motiverende intervju (MI) som tilnæringsmåte for å motivere nyresviktpasienten til adferdsendring.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Forord

1 Innledning	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Hensikt.....	7
1.3 Presentasjon av case og problemstilling	7
1.4 Oppgavens avgrensning.....	8
1.5 Oppgavens disposisjon	9
2 Metode	10
2.1 Presentasjon av litteratur.....	10
2.2 Artikkelsøk	11
2.3 Kildekritikk.....	15
2.4 Ethiske overveielser.....	15
3 Teori.....	16
3.1 Kronisk nyresvikt.....	16
3.1.1 Hemodialyse.....	17
3.1.2 Diabetes mellitus.....	18
3.1.3 Kost- og væskerestriksjoner	19
3.2 Sykepleierens veiledende rolle	20
3.2.1 Egenomsorg	21
3.2.2 Rett til medvirkning og autonomi	22
3.3 Menneske-til-menneske-forholdet	22
3.3.1 De fem fasene.....	24
3.4 Sykepleier-pasient-fellesskapet	25
3.5 Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter	26
3.6 Motiverende intervju - MI	27
3.6.1 MI-samtalens forløp	29
3.6.2 Prinsipper i MI-samtalen.....	30
4 Drøfting	32

4.1 Den innledende samtalen.....	32
4.2 Pasientens syn på egen adferd.....	36
4.3 Dimensjoner ved endring.....	38
4.4 Pasientens endringsmotivasjon.....	41
4.5 Fremkalle en beslutning og forpliktelse.....	42
5 Konklusjon.....	45
6 Litteraturliste.....	47
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	

1 Innledning

Nyresvikt er et økende helseproblem. Antallet personer med behov for nyreerstattende behandling øker med ca. 10 % per år i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I følge *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom* (Helsedirektoratet, 2011), skal det benyttes strategiske mål slik at tjenesten involverer pasienten og gir den innflytelse, for å kunne styrke pasienten og forbedringskunnskap i utdanningene (s. 79).

Motiverende intervju (MI), altså en motiverende samtale, handler først og fremst om motivasjon for endring. Det handler ikke om hvordan endringen skal skje, men om det skal skje endring. MI er en kommunikasjonsmetode som er tidligere brukt innenfor psykiatri, men denne metoden er nå blitt mer benyttet innenfor somatikken (Barth & Näsholm, 2013).

Vi har i vår siste praksisperiode ved studiet, fått en innføring i MI ved nyresviktpasienter i dialyseavdelingen. Vi ønsker igjennom denne oppgaven å belyse viktigheten av å beherske og benytte MI i hverdagen, i samarbeid med kronisk nyresviktpasienter. Vi mener at det er viktig å få frem bruk av MI i dagens helsevesen, slik at vi blir mer bevisst på dette i vår sykepleieutøvelse.

1.1Begrunnelse for valg av tema

Gjennom et samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Hedmark og Sykehuset Innlandet, ble det utviklet en perm i 2013 med aktuelle temaer som grunnlag for samtale, kalt: «Permen min- et dynamisk verktøy for samhandling mellom helsepersonell og pasienter med alvorlig nyresvikt» (vedlegg 3). Bruk av «Permen min» skal våren 2014 prøves ut i praksis og 4 sykepleiere i dialyseavdelingen har fått opplæring og trening i kommunikasjon med bruk av den motiverende samtalen.

Som sykepleiestudenter fikk vi tilbudet fra Høgskolen i Hedmark om å være med i dette prosjektet i dialyseavdelingen gjennom praksisperioden, noe vi takket ja til. Vi hadde ingen erfaringer fra å være med i et prosjekt fra tidligere og vi syntes dette hørtes spennende ut. På bakgrunn av at vi deltok i dette prosjektet valgte vi ut dette som tema for vår oppgave.

Gjennom prosjektet har vi fått kunnskaper om bruk av MI, og egne erfaringer om sykepleieutøvelsen for kronisk nyresviktpasienter.

Det er viktig for vår rolle som sykepleiere at vi kan skape en god relasjon til pasienten, slik at pasienten kan bli mer delaktig i egen sykdom og behandling. Ved hjelp av MI som kommunikasjonsmetode kan dette styrke sykepleier-pasient-fellesskapet, som kan bidra til å hjelpe pasienten til å finne håp og mening, og til å mestre egen opplevelse av sykdom og lidelse.

1.2 Hensikt

Gjennom denne oppgaven ønsker vi å finne ut om motiverende intervju (MI) kan bidra til livsstilsendring hos en pasient med alvorlig kronisk nyresvikt, ved å styrke pasientens egen motivasjon og mestring.

Kunnskapen oppgaven gir oss vil kunne styrke vår profesjonalitet og kvalitet som fremtidige sykepleiere.

1.3 Presentasjon av case og problemstilling

For å avgrense oppgavens tema og problemstilling, har vi valgt å lage en case. Caset beskriver en reel kronisk nyresviktpasient med dens problematikk.

Edvin er 42 år gammel og har alvorlig kronisk nyresvikt. Han er gift og har to barn. Han har jobbet som yrkessjåfør i 20 år og har en kjent diabetes type 2 med et dårlig regulert blodsukker. Edvin er overvektig og har et dårlig kosthold. Som yrkessjåfør har han spist det meste av maten sin på bensinstasjoner og på fritiden nyter han alkohol.

Edvin har blitt fulgt opp poliklinisk i mange år, helt til han måtte starte opp med hemodialyse for 3 måneder siden. Edvin oppleves som tiltaksløs, lite interessert i egen helse og behandling, og er ikke mottakelig for råd fra primærsykepleier ved dialyseavdelingen. Han uttrykker selv at han er sliten og i dårlig form. Han sier at han har lyst til å gi opp, på bakgrunn av at han føler at han ikke strekker til for familien og ikke kan jobbe lenger. Han sier at livsgnisten er tatt i fra han, da han ikke kan leve det livet han levde for ca. 3 måneder siden.

Vår problemstilling blir:

«Hvordan kan sykepleier bidra til adferdsendring hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt ved bruk av MI som tilnæringsmåte?»

Dette vil vi forsøke å svare på, og drøfte i denne oppgaven. Vi vil derfor ta for oss kommunikasjonsmetoden MI, som kan bidra til adferdsendring hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt. Med adferdsendring mener vi at pasienten selv tar initiativ til livsstilsendring, for å kunne bevare egenomsorg og mestre egen kronisk sykdom.

1.4 Oppgavens avgrensning

I vår oppgave har vi valgt å ha fokus på hvordan vi som sykepleier kan bruke MI som tilnæringsmåte, i møte med pasienten som har alvorlig kronisk nyresvikt i en dialyseavdeling. Vi har valgt å avgrense oppgaven vår til at det handler om MI som kommunikasjonsmetode, og har derfor bare nevnt grunnleggende kommunikasjonsferdigheter på et generelt plan i oppgaven. Grunnen til dette fokuset er at vi har sett i praksis at det er viktig å tilby samtaler og veiledning til pasienten, der sykepleier møter han i hans livssituasjon.

Det finnes flere ulike typer nyreerstattende behandling, i oppgaven har vi kun tatt for oss hemodialyse. I praksis har vi opplevd at nyresviktpasienter har flere tilleggsykdommer, i oppgaven nevner vi diabetes generelt, med fokus på diabetes type 2 og diabetesnefropati. I tillegg har vi tatt for oss kost- og væskerestriksjoner, som ofte er problemområdet for nyresviktpasienten.

Vi har valgt å benytte oss av Joyce Travelbee som teoretiker ved hennes sykepleieteori om menneske-til-menneske-forholdet, som vi mener vil bygge opp under vår oppgave og problemstilling. I tillegg til Jan Kåre Hummelvolls beskrivelse av sykepleier-pasient-fellesskapet som har noen likhetstrekk med sykepleieteorien til Joyce Travelbee, der begge fokuserer på å bygge en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Vi har valgt å belyse sykepleierens pedagogiske funksjon i oppgaven for å bygge opp under sykepleierens undervisende og veiledende rolle, og for å ivareta pasientens egenomsorg.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygget opp av en innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og konklusjon. I metodedelen presenterer vi fag- og forskningsartikler, relevant litteratur, valg av kilder, kildekritikk og etiske overveielser. I teoridelen vil vi benytte kunnskapen vi trenger for å svare på vår oppgave. I drøftingsdelen vil vi drøfte vår teori opp i mot vår aktuelle problemstilling. Til slutt har vi en oppsummering av oppgaven med en konklusjon, der vi svarer på problemstillingen. I tillegg har vi tre vedlegg som består av søkestrategi, PICO-skjema og en prosjektbeskrivelse.

2 Metode

Metode sier oss noe om hvordan vi skal gå frem for å innhente og granske kunnskap. For å belyse spørsmålet vårt på et faglig nivå, er metoden i denne oppgaven et litteraturstudie i følge *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie kull 2011-2014*. Det er basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, kvalitetssikrede databaser og artikler om temaet.

I følge Dalland (2007) er metode vesentlig for å kunne arbeide seg systematisk gjennom et litteraturstudie. Et litteraturstudie betyr å skrive en oppgave bygget opp av litteratur fra bøker og andre skriftlige kilder om et bestemt emne.

Videre beskriver han to ulike måter å samle inn og analysere data på; kvantitativ og kvalitativ. Ved bruk av kvantitativ metode innhentes data som kan tallfestes og spørreskjema er ofte benyttet. Ved analyse av data brukes statistikk.

Ved kvalitativ metode anvendes intervju, intervjuene transkriberes og i analysen av teksten fokuseres det på informantenes opplevelse og fenomener som ikke er målbare ved hjelp av statistikk.

2.1 Presentasjon av litteratur

Før vi startet med søk av litteratur satte vi opp ulike kriterier for å begrense søkene våre, vi valgte å se på fag- og forskningsartikler som ikke var eldre enn 2009. Fag- og forskningsartikler vil bli presentert i neste kapittel. Vi ønsket å finne litteratur på norsk eller engelsk, om temaene motiverende intervju, nyresviktpasienten, livskvalitet og livsstilsendringer.

Vi har benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, fag- og forskningsartikler fra ulike databaser i oppgaven for å kunne svare på vår problemstilling. Av offentlige dokumenter har vi benyttet oss av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom* (Helsedirektoratet, 2011) og *Rammeplan for sykepleieutdanning* (Kunnskapsdepartementet, 2008).

2.2 Artikkelsøk

I søket etter artikler gjorde vi litteratursøk i ulike databaser for å finne relevant forskning. Utvalget ble gjort ut i fra tittel og abstrakt, med vekt på relevans og metode. Vi søkte i kunnskapsegget i følgende databaser: Cinahl, PubMed, Joanna Briggs, SveMed+ og Up-to-date.

Vi forsøkte å søke med norske søkeord i Svemed+, disse søkeordene ble benyttet: dialyse, nyresvikt, motiverende intervju, livskvalitet og egenomsorg. Vi fikk ingen relevante treff for artikler som kunne benyttes i oppgaven. For å finne gode engelske søkeord benyttet vi oss av MeSH-termer i SveMed+. Disse engelske søkeordene ble benyttet: motivational interviewing, improving health behavior, change of lifestyle, dialysis, behavior, patient empowerment, chronic kidney disease, chronic kidney failure, severe chronical illness, self-manage, adherence og quality of life.

De artiklene som ble relevante for vår oppgave ble alle funnet i databasen Cinahl. Artiklene vi valgte er relevante for vår problemstilling, og artiklene er med på å belyse det vi ønsker å finne svar på i oppgaven.

Vi har utarbeidet en tabell for vår søkestrategi (vedlegg 1). Vi har også benyttet forskjellige kombinasjoner av søkeordene ved hjelp av PICO-skjema (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007)(vedlegg 2). Ved bruk av både søkestrategi og PICO fikk vi strukturert søkene våre.

Vi har benyttet forskningsartikler fra USA, England og Nederland. I tillegg en fagartikkel fra USA. Utvalget ble gjort ut i fra kriteriene som er nevnt ovenfor. De artiklene som vi har valgt ut for vår oppgave, foreligger i fulltekst og er ikke eldre enn fra 2009 i databasen.

Vi vil nå presentere seks artikler som ble inkludert i vårt utvalg:

Motivational interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS)

Hensikt: å undersøke effekten av MI, i forhold til behandling, kosthold, medisiner og væske hos dialysepasienter som får poliklinisk hemodialyse.

Utvalg: 29 pasienter

Metode: kvantitativ studie, spørreskjema

Resultat: studien viste at det var bedring av livskvaliteten og fysiologiske funksjoner hos dialysepasientene. I tillegg opplevde pasientene et bedre sykepleier-pasient-felleskap. Studien konkluderer med at MI virker som en svært lovende metode for adferdsendring hos dialysepasienter (Russell, et al., 2011).

Acceptability of Motivational Interviewing Among Hemodialysis Clinic Staff: A Pilot Study.

Hensikt: å undersøke om dialyseavdelingens ansatte fant bruken av MI anvendbart.

Utvalg: 8

Metode: Kvalitativ/kvantitativ, spørreskjema/ fokusgruppeintervju

Resultat: de ansatte rapporterte om nye ferdigheter og så disse som svært nyttige, og MI har gitt adferdsendring hos dem selv og pasientene. De rapporterte imidlertid at det var vanskelig å bruke MI i hverdagen, på bakgrunn av at det var vanskelig med en privat samtale med pasienten i store fellesrom (Cronk, Russell, Knowles, Matteson, Peace, & Ponferrada, 2012).

Motivational interviewing-based interventions and diabetes mellitus.

Hensikt: å vurdere hvilken effekt MI har på endring av helseadferd hos voksne med diabetes mellitus.

Utvalg: 8 artikler

Metode: litteraturstudie

Resultat: studie resulterte i at fire artikler viste positive resultater på helseadferd: redusert røyking, bedre blodsukkerkontroll, bedre kosthold og vektkontroll. De fire andre artiklene var metodisk svake på grunn av små utvalgsstørrelser, manglende validering av måleverktøy, og uklare inkludering/ekskluderingskriterier. Studien konkluderer med at det ikke er grunnlag for å anbefale MI som tilnærming til diabetikere for å bedre egenomsorgen (Mulimba & Byron-Daniel, 2014).

Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

Hensikt: å undersøke om MI har effekt på helserelaterte mål innenfor somatikk.

Utvalg: 48 studier med 9618 deltagere

Metode: systematisk review med meta-analyse av randomiserte kontrollerte studier

Resultat: studien viser at MI har gode helsegevinster for pasientene, med styrket selvtillit i forhold til helserelaterte endringer. MI kan med fordel brukes av flere profesjoner på ulike arenaer. Denne studien viser at MI har effekt også utenfor fagfelt som psykiatri og rusavhengighet, selv med et minimum av tidsbruk (Lundahl, et al., 2013).

Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature.

Hensikt: å se effekten ved bruk av ulike teknikker ved en-til-en samtale, der målet var å få pasientene til å gjøre helse relaterte livsstilsendringer.

Utvalg: 50 studier

Metode: Systematisk litteraturstudie

Resultat: 28 av 50 studier rapporterte signifikante helse relaterte effekter ved en-til-en samtale. Studien viste at leger og sykepleiere har like gode forutsetninger for å gjennomføre denne samtaleformen i primærhelsetjenesten. Studien konkluderer med at en-til-en samtale basert på enten adferdsterapi, motiverende intervju, eller opplæring og råd er effektive kommunikasjonsmåter innen primærhelsetjenesten (Noordman, Weijden, & Dulmen, 2012).

Patient Empowerment and Motivational Interviewing: Engaging Patients To Self-Manage Their Own Care.

Dette er en fagartikkel som tar for seg pasientenes egenomsorg, og adferdsendring og overholdelse av at egen behandling ikke oppnås med mindre pasientene selv ønsker det. Fagartikkelen konkluderer med at sykepleiere vanligvis bruker mye tid på å forsøke å overbevise pasientene til å endre adferd. Data har vist at adferdsendring kan ikke endres med mindre pasientene setter egne mål og ønsker å gjøre endringer. Motiverende intervju respekterer pasientens autonomi og erkjenner at det er pasienten som må ta stilling om og hvordan pasienten selv kan endre adferd. Bruk av denne kommunikasjonsmåten kan bidra til å engasjere og styrke pasienter, og dermed etablere et godt sykepleier-pasient-fellesskap (McCarley, 2009).

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2007) benyttes kildekritikk for å fastslå om litteraturen er sann. Ved kildekritikk er det viktig å stille seg kritisk til hvilket litteraturmaterieell som blir benyttet i oppgaven, i tillegg til hvilke kriterier som er lagt til grunn for utvelgelsen av litteratur. For å finne fram til den litteraturen som kan belyse eller besvare problemstillingen, slik at vi kan gjøre rede for den litteraturen vi har valgt i oppgaven.

Vi har benyttet oss av både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er den opprinnelige litteraturen fra forfatteren selv, og sekundærlitteratur er opprinnelig litteratur som er gjengitt og fortolket av en annen forfatter (Dalland, 2007). Vi har i utgangspunktet forsøkt å benytte mest mulig primærlitteratur, fordi dette er en sikrere kilde da det ikke er bearbeidet eller fortolket av en annen forfatter.

Vi har hatt tilgang til Høgskolens bibliotek og ulike databaser. Pensumlitteraturen ser vi på som gyldig litteratur siden den er anbefalt fra Høgskolen. Selvvalgt litteratur har vi valgt med bakgrunn for anbefalinger fra lektor ved Høgskolen og fagsykepleier ved Sykehuset Innlandet, gjennom et samarbeidsprosjekt vi deltok på i januar til mars 2014. Ved all litteratur har vi undersøkt om det er beregnet på sykepleiefaget.

For å kunne vurdere forskningsartiklene som pålitelige har vi benyttet oss av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Vi har benyttet databasen Cinahl som er et systematisk register med underkant av 3000 tidsskrifter innenfor sykepleie, helsefag og tilgrensende fagområder. I tillegg har vi benyttet BIBSYS som er en database for Høgskoler og universiteter.

2.4 Ethiske overveielser

Når vi har skrevet oppgaven har vi anvendt APA-standard, dette for å sikre at all bruk av kilder er korrekt. Caset vi har brukt i oppgaven er «oppdiktet» og kan ikke knyttes til en bestemt pasient. Der vi har benyttet egen erfaringer er disse anonymisert og ikke gjenkjennbare. Prosjektet vi var deltakere i er godkjent av NSD og Personvernombudet ved OUS.

3 Teori

I teoridelen gjør vi rede for kronisk nyresvikt, hemodialyse, diabetes mellitus og diabetesnefropati, kost- og væskerestriksjoner, sykepleierens veiledende rolle, egenomsorg, brukermedvirkning og autonomi, menneske-til-menneske-forholdet, sykepleier-pasient-fellesskapet, grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og motiverende intervju.

3.1 Kronisk nyresvikt

Curtin og Lubkin (1998) har følgende definisjon av kronisk sykdom: «Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt» (referert i Gjengedal og Hanestad, 2001, s. 12)

Kronisk nyresvikt, uremi, forekommer når nyrenes viktigste funksjoner går tapt eller reduseres. Dette innebærer reduksjon av nyrenes evne til å filtrere ut stoffer og dermed rens blodet. Når pasienten har kommet til stadium 4-5 har pasienten utviklet alvorlig nyresvikt. Ved dette stadiet oppstår alvorlig nedsatt glomerulusfiltrasjon. Glomerulær filtrasjonsrate er et mål på hvor mye blodplasma som filtreres gjennom glomerulus. Uremi fører til opphopning av toksiske avfallsstoffer fra proteinmetabolismen, i tillegg til forstyrrelser i væske-, elektrolytt-, syre- og basebalansen, og i nyrenes endokrine funksjon. Symptomene på uremi kan være kvalme, hudkløe, tretthet, slapphet, tungpusthet, tap av matlyst, søvnvansker, urolige bein, ødemer og kan i verste fall oppstå stuvning i lungene. Årsakene til kronisk nyresvikt kan være mange, men de vanligste er: diabetes, hypertensjon, kronisk glomerulonefritt, kronisk pyelonefritt og cystenyrer. Ved alvorlig nyresvikt er pasienten avhengig av livsforlengende nyreerstattende behandling for å kunne overleve, et alternativ er hemodialyse (Gøransson & Larsen, 2011).

3.1.1 Hemodialyse

Når nyresvikten forverres må pasienten starte med dialysebehandling, da avfallsprodukter og overskudd av væske hoper seg opp i kroppen. Hensikten med dialysebehandlingen ved hemodialyse er at dialysemaskinen overtar og kompenserer for pasientens sviktende nyrefunksjon, men kan ikke erstatte friske nyrer. Friske nyrer fungerer 24 timer i døgnet, nyrene hos en pasient med kronisk nyresvikt fungerer minimalt eller ikke i det hele tatt (Gulbrandsen, 2010; Gøransson & Larsen, 2011).

Den kunstige nyren (dialysator) som er tilkoblet dialysemaskinen er en semipermeabel membran, der blodet og dialysevæsken passerer på hver sin side av membranen. Dialysevæske tilsvarer ekstracellulærvæsken. Det som passerer gjennom membranen avhenger av konsentrasjonsforskjellen mellom væskene på hver side av membranen. Ved hjelp av diffusjon gjennom dialysevæsken vil stoffer vandre fra områder med høy konsentrasjon til lav konsentrasjon. Målet med diffusjonsprosessen er å utjevne konsentrasjonen på begge sider av membranen. Ved diffusjon diffunderer de små molekylene som elektrolytter, urinstoff, vann og kreatinin over membranen. Mens de store molekylene blir igjen i blodbanen som proteiner og blodceller. I tillegg kan man fjerne overflødig væske fra blodet ved ultrafiltrasjon. Ultrafiltrasjon er væske som blir fjernet ved osmotisk eller hydrostatisk trykkforskjeller (Gulbrandsen, 2010; Gøransson & Larsen, 2011).

Ved hemodialyse renses pasientens blod gjennom en blodtilgang, enten ved jugulariskateter eller arteriovenøs fistel. Ved hjelp av diffusjon og ultrafiltrasjon renses uønskede stoffer og overflødig væske over i dialysevæsken, og det rensede blodet føres tilbake til pasienten. Pasienten veies før og etter dialyse for å kontrollere væskebalansen. Hos de fleste pasientene i dialysebehandling, produseres det minimalt med urin eller urinproduksjonen har opphørt (Gulbrandsen, 2010; Gøransson & Larsen, 2011).

Pasienten er i hemodialyse på dialyseavdeling ved sykehus 3-4 dager i uken, hvor hver behandling varer 4-5 timer. Hvor ofte dialyse en pasient trenger, avhenger av vedkommendes nyresvikt, væskeoverskudd og hvordan pasienten føler seg. For pasienten kan det være en stor belastning å gå i dialyse, da dette gjør det vanskelig å opprettholde yrkeslivet og tidligere

livssituasjon før pasienten ble kronisk syk og avhengig av dialyse. Det kan ha stor innvirkning på den psykiske helsen, og livssituasjonen kan være preget av spørsmål om redsel, skyldfølelse, familie, seksualitet og død. Dersom pasienten ikke får hjelp og støtte av nærmeste pårørende, venner eller helsepersonell, kan dette virke vanskelig for pasienten å leve med (Gulbrandsen, 2010; Gøransson & Larsen, 2011).

3.1.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en kronisk sykdom som påvirker kroppens evne til å nyttiggjøre seg blodglukose på en effektiv måte. De vanligste diabetessykdommene er diabetes type 1 og type 2. Ved diabetes type 1 produserer bukspyttkjertelen minimalt med insulin eller ikke i det hele tatt, slik at glukose ikke kan absorberes av cellene. Ved diabetes type 2 produseres insulin, men insulinet virker ikke som det skal, og glukose absorberes ikke like bra av cellene som hos friske personer. Begge formene for diabetes gir det samme resultatet, der glukose ikke absorberes av cellene og gir høye blodsukkerverdier (Ribu, 2008).

Diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes og er i stadig vekst. Sykdommen skyldes en kombinasjon av insulinresistens og redusert insulinproduksjon. Ved insulinresistens er glukoseopptaket i muskler og fettvev nedsatt, fordi virkningen av insulin er redusert. Årsaken til dette er cellenes evne til rask utskillelse av insulin i betacellene, redusert insulinsekresjon og insulinresistens. Diabetes type 2 er oftest knyttet til livsstil og fedme, og betegnes derfor som en livsstilssykdom. Det rammer mennesker i alle aldre, men debuterer som regel i en alder av 40 år eller eldre. Diabetes type 2 behandles først og fremst med et godt regulert kosthold og fysisk aktivitet. Dersom disse tiltakene ikke fungerer må pasienten enten behandles med glukosesenkende tabletter eller insulin (Ribu, 2008).

Diabetisk nyresykdom, nefropati, er forårsaket av skader i nyrenes blodkar som kjennetegnes ved økt proteinlekkasje i urinen og redusert glomerulusfiltrasjon. Nefropati kan forekomme som senkomplikasjon hos pasienter med diabetes type 2 og kan være forbundet med dødelighet. Nefropati oppstår dersom pasienten har et dårlig regulert blodsukker. De viktigste behandlingstiltakene er blodglukosekontroll kombinert med blodtrykkssenkende medikamenter. Det er viktig at pasienten blir gjort oppmerksom på at nefropati kan påvises i

et tidlig stadium, og sykepleieren har en viktig funksjon ved å undervise pasienten slik at han kan i vareta sin egenomsorg (Ribu, 2008).

3.1.3 Kost- og væskerestriksjoner

Når nyrefunksjonen er sterkt redusert, reduseres evnen til å regulere kroppens væske-, elektrolytt- og syrenivå. De vanligste problemene omkring ernæring er: underernæring, anemi, nedsatt glukosetoleranse, overhydrering, osteoporose og obstipasjon. Ved dialysebehandling forandres pasientens næringsbehov. Pasienten mister aminosyrer, glukose og vannløselige vitaminer via dialysevæsken. Målsettingen vil være å få en best mulig ernæringsstatus, stabilt blodsukker og for å forebygge hjerte- og karsykdommer. I tillegg til å redusere opphopning av avfallsstoffer, og bidra til å opprettholde elektrolyttbalansen. Behandlingen av for eksempel diabetes kan beskytte nyrene for å begrense flere skader, forsinke sykdomsutviklingen eller lindre plager. Pasientene i hemodialyse har som regel kost- og væskerestriksjoner (Helsedirektoratet, 2012).

Ved kronisk nyresvikt påvirkes nyrenes evne til å skille ut og holde tilbake natrium. Pasienten får væskeoverskudd, som kan føre til ødemer og stigende blodtrykk. Graden av saltrestriksjon må derfor vurderes opp mot pasientens ernæringstilstand. God kontroll av væskeinntak er av stor betydning for nyresviktpasientens velvære, pasienten bør derfor ha et lavt væskeinntak. Væskeinntaket bør ligge på 800-1000 ml i døgnet når pasienten har egen urinproduksjon. Pasienter uten egen urinproduksjon skal ha et ytterligere mindre væskeinntak. Pasienten bør være sparsom med natrium og ha en væskekontrollert kost, for eksempel melk, supper og saltholdige matvarer (Helsedirektoratet, 2012).

Kalium er et mineral som finnes i blodet og i alle kroppens celler, som er nødvendig for at nerver, hjerte og muskler skal fungere normalt. Ved nyresvikt og hemodialyse kan høyt kaliumnivå i blodet føre til hjerterytmeforstyrrelser. Årsakene til at kalium stiger kan være utilstrekkelig dialyse, forstoppelse eller manglende medisiner. Kalium finnes i alle matvarer, og kan derfor ikke utelukkes helt fordi pasienten trenger energien til å dekke proteinbehovet. Pasienten må derfor tilberede måltider slik at det blir redusert kalium i kosten. Det bør unngås

matvarer som for eksempel nøtter, kaffe, banan og melkeprodukter. Norsk kost inneholder ca. 3500 mg kalium per dag, dialysepasienter bør redusere inntaket til ca. 2000-2500 mg per dag (Helsedirektoratet, 2012).

Grunnstoffet fosfor er et livsviktig mineral som forekommer som fosfat i matvarer. Alle celler i kroppen trenger fosfor for å fungere optimalt, og nyrene skiller ut overflødig fosfat. Ved nyresvikt vil fosfatmengden i blodet øke, som er en risikofaktor for tidlig utvikling av osteoporose og hjerte- og karsykdom. Anbefalt inntak av fosfat ved forhøyede blodverdier er 800-1000 mg daglig. Pasienten bør være forsiktig med melkeprodukter, egg, kjøtt og fisk, ferdigretter, mat og drikke med tilsatt E-stoffer. Proteinrike matvarer inneholder også mye fosfat, men det allikevel viktig å ivareta kroppens proteinbehov selv om pasienten står på fosfatkontrollert kost (Helsedirektoratet, 2012).

Et av proteinets viktigste oppgaver er å bygge muskler og vev. Ved hver dialyse mister pasienten ca. 20 g proteiner. Det er derfor ekstra viktig at pasienten spiser mat som inneholder mer protein enn det som vanligvis anbefales, for at pasienten skal beholde muskelmasse og energi. Det bør være nok fett og karbohydrater i maten for at proteinet skal utnyttes best mulig. Pasienten må derfor være raus med kjøtt og fisk. Proteininntaket bør være minst 1,2-1,4 g per kg kroppsvekt per døgn (Helsedirektoratet, 2012).

3.2 Sykepleierens veiledende rolle

I følge *Rammeplan for sykepleieutdanning* (Kunnskapsdepartementet, 2008) har sykepleiere ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og deres pårørende. I rammeplanen står det at studentene etter endt utdanning skal «informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død» (s.6).

Utøvelsen av sykepleie innebærer å påvirke pasienten, som vil si å bidra til endring. Ved at sykepleieren utfører målrettet handlinger gjennom undervisning, veiledning og omsorg, er dette et ønske om å oppnå adferdsendringer hos pasienten. Ved å utføre en handling, må dette være ønskelig fra pasienten selv (Dalland, 2010).

For at sykepleieren skal kunne ha en undervisende og veiledende rolle er det nødvendig at hun har kunnskaper for å kunne forstå pasientens livssituasjon. Hun må ha innsikt i omgivelsene rundt pasienten, og det som påvirker pasientens mestring i egen livssituasjon. Det pedagogiske møtet mellom sykepleier og pasient handler om å se hverandre som likeverdige individer, der sykepleierens oppgave blir å hente frem verdier og ressurser hos pasienten. Det er svært avgjørende hvordan sykepleier møter pasienten for at det skal bli et pedagogisk møte, med de utviklingsmuligheter dette gir. Ved at sykepleieren har en pedagogisk funksjon vil hun ha en maktposisjon. Dersom hun ikke er bevisst i sitt møte med pasienten, vil hun kunne føle seg maktesløs. For å kunne gi pasienten mulighet til utvikling må sykepleieren bidra til at pasienten mestrer sin hverdag og ivaretar sin egenomsorg, ved å yte veiledning og omsorg til pasienten (Dalland, 2010).

3.2.1 Egenomsorg

Orem (1999) hevder at sykepleie har som mål å opprettholde menneskets normalfunksjon, fremme helse, velvære, og utvikling. En viktig oppgave for sykepleieren blir å ivareta pasientens egenomsorgsbehov. Egenomsorg vil si pasientens evne og vilje til å kunne utføre handlinger som er med på å ivareta egen helse, som er nødvendig for å kunne leve.

Egenomsorg handler om hele mennesket, både fysisk, psykisk og åndelig. Omsorg innebærer de handlinger pasienten iverksetter for å opprettholde eget liv. For å opprettholde liv, helse og velvære må pasienten selv ta initiativ til å utføre handlinger som er med på å styrke hans egenomsorg. For å bevare egenomsorg må pasienten ha innsikt i egen helsetilstand, og selv ta de grepene som er fornuftige og hensiktsmessige for å kunne ivareta helse og velvære (Cavanagh, 1999).

For at pasienten skal kunne utføre egenomsorg må han ha kunnskaper og ferdigheter, ved at han er reflektert og bevisst på sine egne handlinger. Pasienten har mulighet til å velge sin egenomsorgsadfærd. I noen situasjoner kan pasienten av bestemte grunner la være å iverksette nødvendig egenomsorg, der livssituasjonen kan være preget av frykt, angst, usikkerhet og uvitenhet. Mennesker som har en sykdom kan bare være i delvis stand til å dekke sine egenomsorgsbehov, i en slik situasjon vil pasienten kunne trenge hjelp av helsepersonell til å

møte sine behov. Ved å bidra til at pasienten setter i verk nye tiltak for å kunne ivareta sin egenomsorg (Cavanagh, 1999).

3.2.2 Rett til medvirkning og autonomi

Pasientautonomi er et sentralt etisk og juridisk prinsipp, der pasienten har rett til medvirkning og informasjon (Brinchmann, 2012).

Dette er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) der det står skrevet at:

«Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon...»

Autonomi handler om at pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og diagnose, ved forhold som angår pasienten selv og hans livssituasjon. For at pasienten skal kunne ta et selvstendig valg, må han ha fått så god informasjon som mulig om hvilke muligheter og alternativer som finnes. Han må få informasjon om både positive og negative konsekvenser ved de ulike valgmulighetene. Autonomi går ut på å støtte pasientens beslutning og at pasienten selv har rett til å ta et selvstendig valg (Brinchmann, 2012).

3.3 Menneske-til-menneske-forholdet

Vi vil bruke Joyce Travelbees mellommenneskelige aspekter som grunnlag for oppgaven. Vi har valgt å benytte oss av hennes teori fordi hennes sykepleietenkning har fokus på relasjoner, som er basert på eksistensialistisk filosofi. Hennes sykepleieteori bygger på at mennesket er et unikt individ med fokus på relasjoner mellom pasient og sykepleier. Hennes sykepleietenkning bygger på sentrale begreper som empati og sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv. Hun mener at sykepleie alltid handler om mennesker; enten om det er pasient, sykepleier eller familie. Primært rettes hennes sykepleietekning mot enkeltmennesket, men at pasientens familie er betydningsfull for den syke. For å kunne akseptere andre mennesker mener hun at man som sykepleier må benytte sine erfaringer og akseptere disse, ved å erkjenne seg selv som menneske i møte med et annet menneske (Travelbee, 1999).

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» sier Joyce Travelbee (1999, s. 29).

Utøvelsen av sykepleie er møtet mellom pasienten og sykepleier, pasienten har behov for den hjelpen sykepleieren kan gi. Travelbee mener at det å etablere et menneske-til-menneske-forhold er en viktig oppgave for sykepleieren. Dette forholdet går ut på at pasienten og sykepleier møter hverandre som to unike individer, som forholder seg til hverandre som mennesker. Hun velger å forkaste begrepene «sykepleier» og «pasient» da hun mener dette går bort i fra hva det vil si å være et menneske. Årsaken til at hun har gått bort i fra begrepene «sykepleier» og «pasient», er at kontakten oppstår først når de møtes som mennesker. Sykepleierens og pasientens innvirkning på hverandre utgjør forandring som et resultat for samspillet mellom dem. Da kontakten er oppnådd blir sykepleierens oppgave å bidra til forandringer, ved å hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre egne erfaringer med sykdom og lidelse, eller til å opprettholde høyest mulig grad av helse. Sykepleieren må være bevisst med sine erfaringer, handlinger, tanker og følelser i sin kontakt med pasienten. Det er sykepleierens profesjonelle ansvar at kontakten opprettholdes, slik at pasienten kan være i stand til å forandre egen adferd (Travelbee, 1999).

Ved begrepene mestre, bære og finne mening, mener Travelbee (1999) at dette er erfaringer hos pasienten som følger med lidelse og sykdom. Hun sier også at håp er en sentral rolle for sykepleierens hensikt ved å hjelpe pasienten til å mestre lidelse. Det er en viktig oppgave for sykepleieren å hjelpe pasienten som har mistet håpet, da pasienten ikke lenger ser muligheter til å forandre og forbedre sin livssituasjon. Ved å støtte opp under håpet til pasienten, kan sykepleier hjelpe den til å mestre egen lidelse og sykdom.

3.3.1 De fem fasene

For å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold må sykepleier og pasient ha vært i gjennom flere faser. De fem fasene er: det innledende møte, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse, gjensidig forståelse og kontakt, som er til hjelp for å kunne oppnå et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

Det innledende møte

Det innledende møte innebærer møtet mellom sykepleier og pasient første gang, der de gjør opp en mening om hverandre. Observasjoner og antagelser om hverandre, bidrar til at følelser oppstår. Følelsene vil komme til uttrykk ved hvordan personen opptrer ovenfor den andre. Sykepleierens oppgave blir å se og forstå pasienten som det individet han er bak diagnosen (Travelbee, 1999).

Framvekst av identiteter

I fasen framvekst av identiteter verdsetter sykepleier og pasienten hverandre som unike menneskelige individer, og det etableres en tilknytning mellom dem. De ser mer på seg selv som individer, i stedet for rollene «sykepleier» og «pasient». Sykepleier må være bevisst i sitt møte med pasienten, hun må se likheter og forskjeller mellom henne selv og pasienten for å kunne bringe frem empati (Travelbee, 1999).

Empati

Empatifasen omhandler å kunne se og forstå hverandre, slik at sykepleier og pasient føler seg sett og anerkjent. I møtet mellom sykepleier og pasient kan empati bli svært utfordrende, pasienten kan være redd for å dele informasjon om seg selv og for sykepleieren kan det bli vanskelig å bearbeide hva som er blitt sagt av pasienten (Travelbee, 1999).

Sympati og medfølelse

Sympati og medfølelse innebærer et ønske fra sykepleieren om å lindre pasientens plager. Sykepleierens oppgave er å gi pasienten omsorg slik at han føler seg i varetatt for den han er, hennes adferd formidler sympati og medfølelse til pasienten. Sykepleieren bidrar til å bære

pasientens bekymringer med han, som kan ha betydning for at pasienten takler egen sykdom eller lidelse (Travelbee, 1999).

Gjensidig forståelse og kontakt

Opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt er det overordnede målet for utøvelse av sykepleie. Gjensidig forståelse og kontakt er opplevelsen sykepleieren og pasienten sitter igjen med etter å ha gjennomgått de fire første fasene. Dette blir utgangspunktet for menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999).

3.4 Sykepleier-pasient-fellesskapet

Vi vil trekke inn Hummelvolls sykepleier-pasient-fellesskap da vi forstår dette som et ekstsensialistisk grunnsyn i likhet med sykepleieteorien til Travelbee. Hummelvolls synsvinkel er mer konkret og lettere å kunne praktisere. Dette på bakgrunn av at sykepleier er en profesjonell yrkesutøver, der det er viktig at sykepleieren skiller mellom nærhet og avstand. Sykepleier er derfor den profesjonelle som kan hjelpe det mennesket som har behov for hjelp. Begrepet fellesskap er møtet mellom to mennesker, som utgjør en felles opplevelse (Hummelvoll, 2012).

Jan Kåre Hummelvoll (2012) beskriver sykepleier-pasient-fellesskapet slik:

... det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne allianse preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring. (s. 38)

Sykepleieprosessen brukes som et verktøy i sykepleier-pasient-fellesskapet. Callista Roy beskriver sykepleieprosessen som en problemløsende metode for å kunne innhente data, idenifisere problemer, velge ut og gjennomføre tiltak, og evaluere resultatene av sykepleien i samhandling med pasienten (referert i Hummelvoll, 2012). En pasient med en eksistensiell lidelse ser ikke lenger mål eller mening med livet, der den ikke vet hvorfor han lever og bare eksisterer. I sykepleieutøvelse vil det være av betydning å ha forståelse for de problemer og

utfordringer pasienten møter, for å kunne hjelpe den til å ta ansvar for egen livssituasjon. Fellesskapet mellom sykepleier og pasient dannes ut i fra pasientens behov for hjelp, og hvordan sykepleier møter pasienten ut i fra hans perspektiv og ønskemål. Målet med fellesskapet er å gjøre pasienten bevisst på egen livssituasjon, slik at han får bedre innsikt og at han lettere kan håndtere egen sykdom og lidelse. For at fellesskapet skal være av betydningen må dette bygges på gjensidig tillit og åpenhet (Hummelvoll, 2012).

3.5 Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr at to parter har en forbindelse med hverandre. I dagliglivet benyttes kommunikasjon i samtaler mellom mennesker, gjennom personlige møter eller via globalt satellittnettverk. I sykepleieutøvelsen benyttes hjelpende profesjonell kommunikasjon, det vil si at det ikke benyttes i dagligdags kommunikasjon. Målet med hjelpende profesjonell kommunikasjon er å hjelpe pasienten med å få dekket sine behov (Eide & Eide, 2007).

Empati er en av de grunnleggende kommunikasjonsferdighetene i utøvelsen av sykepleie. Empati handler om å sette seg inn i og å forstå pasientens situasjon, ha evne til å lytte, og forstå pasientens følelser og reaksjoner. Ved bruk av empati som profesjonell yrkesutøver har sykepleier fagkunnskaper som gjør at hun kan sette seg inn i pasientens situasjon, som gjør at sykepleieren oppfatter hva pasienten føler. Det som er følelsemessig viktig for pasienten vil bli forsøkt forstått og tatt hensyn til av sykepleieren. Sykepleieren forsøker å fange opp signaler fra pasienten, enten ved verbal eller nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er uttrykk fra pasienten med ord, og nonverbal kommunikasjon er det pasienten uttrykker med kroppsspråket (Eide & Eide, 2007).

Nonverbal kommunikasjon er en profesjonell ferdighet som sykepleier bruker gjennom en samtale med pasienten. Sykepleier må være bevisst på sitt møte med pasienten, hun retter sin oppmerksomhet mot pasienten på en bekreftende, oppmuntrende og støttende måte. Ved at sykepleier er bevisst i sitt møte med pasienten skaper hun trygghet og tillit, som kan gjøre at pasienten ønsker å dele sine tanker og følelser med sykepleier. På den måten kan nonverbal kommunikasjon bidra til en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Ved en god relasjon

kan sykepleier hente frem pasientens egen motivasjon og ressurser så godt som mulig. Gjennom bruk av nonverbal kommunikasjon er det likeså viktig at sykepleier benytter aktiv lytting, for at pasienten føler seg sett og hørt. Sykepleier må vise med sitt eget kroppsspråk at hun er interessert i hva pasienten forsøker å uttrykke, både med kroppsspråk og ord. Det gir trygghet for pasienten når han ser at sykepleier er til stede, han vil lettere kunne uttrykke opplevelsen av sin egen situasjon (Eide & Eide, 2007).

3.6 Motiverende intervju - MI

Motiverende intervju (MI) er en kommunikasjonsmetode som skal hjelpe et annet menneske til å endre adferd (Ivarsson, 2010). MI er tidligere brukt innenfor psykiatri, men denne metoden er også blitt mer brukt innenfor andre arenaer som forebyggende helsearbeid, helsefremmende intervensjoner og rehabiliteringsarbeid.

Rådgiveren kan være forskjellige profesjonelle yrkesgrupper innenfor helsesektoren, i denne oppgaven benytter vi sykepleier i stedet for rådgiver og pasient om mennesket som trenger råd og motivasjon (Barth & Näsholm, 2007). MI egner seg spesielt for samtale om livsstilsendringer, det er økende forventninger til helsepersonell å ha kunnskaper om å motivere pasienter til å ville endre sin adferd (Ivarsson, 2010).

MI handler først og fremst om motivasjon til endring. Ikke om hvordan endringen skal skje, men om den skal skje. MI innebærer å gi rom for refleksjon, der pasienten selv skal se, tenke og reflektere over sin egen livssituasjon. Pasienten skal kunne finne sin egen motivasjon og ta valget om eventuell endring. Dersom pasienten ikke har satt i gang sin egen tankegang rundt egen situasjon, er MI fordelaktig for å kunne lykkes i endringsarbeidet (Barth & Näsholm, 2007).

Ved MI-samtalen skal pasientens oppfatninger, tanker og opplevelser være i sentrum. For at samtalen skal fungere må sykepleier og pasient ha en god relasjon, samtalen dreier seg om et samarbeid mellom to likeverdige mennesker som har ulike roller. Det er sykepleier som leder samtalen ved å hjelpe pasienten til å finne egen motivasjon, men det er pasienten selv som reflekterer over egen livssituasjon.

Sykepleier må bidra til en relasjon bygget på trygghet og nysgjerrighet, for at pasienten skal kunne se ulike sider ved seg selv og kunne ta valg som gir bedre helse og livskvalitet (Barth & Näsholm, 2007).

MI skjer ut i fra pasientens ønsker og prioriteringer, endringen vil ikke skje med mindre pasienten ønsker det selv. Erfaringer pasienten oppnår gjennom MI-samtalen er utgangspunktet for hvilke endringer pasienten vil gjøre i hverdagen, der sykepleier ikke er til stede. Sykepleierens oppgave er å tilpasse MI-samtalen på en respektfull måte og på den måten finner pasienten fram til egne beslutninger og løsninger, som er tilpasset pasientens forutsetninger. Sykepleier tar utgangspunkt i pasientens egne opplevelser og henter frem momenter som kan være med på å skape endring i fremtiden, og samtidig ivareta pasientens autonomi (Barth & Näsholm, 2007)

Det grunnleggende ved MI-samtalen er at sykepleieren benytter bekreftelse, stiller åpne spørsmål, reflektere på det pasienten sier og oppsummere, dette kan også kalles empatisk reflekterende lytting. Sykepleier tar i bruk empatisk reflekterende lytting for å forstå pasientens syn og verdier (Ivarsson, 2010).

En av de viktigste komponentene er bruk av bekreftelse, der sykepleieren viser at hun ser pasientens styrke og ressurser. I samtalen stiller sykepleieren åpne spørsmål, der hun innleder med ordene: på hvilken måte, hva, hvordan og fortell. Ved bruk av åpne spørsmål er sykepleieren interessert i hvordan pasienten tenker, og pasienten får mulighet til å fortelle det han ønsker å fortelle. Dersom sykepleieren hadde benyttet seg av lukkede spørsmål ville pasienten gitt korte svar og hadde derfor ikke fått uttrykke det han ønsket å fortelle. Ved bruk av refleksjon speiler sykepleieren pasienten ved å gjenta det pasienten har sagt. Refleksjon er selve kjernen i MI-samtalen, da dette bidrar til at pasienten selv reflekterer og forsterker samtalemnet. Oppsummering kan benyttes der MI-samtalen har stagnert eller som en avslutning i en samtale. Oppsummering innebærer hva pasienten har fortalt, og når sykepleier ønsker å forstå og forsterke hva pasienten har formidlet (Ivarsson, 2010).

3.6.1 MI-samtalens forløp

MI-samtalen kan bygge på fem ulike faser. MI-samtalene kan benyttes både i korte og lengre samtaler. I korte samtaler som varer i noen minutter, er det ikke mulig å arbeide seg grundig gjennom alle fasene. Samtalene kan oppstå en gang eller opptil flere ganger (Barth & Näsholm, 2007).

Kontakt- og relasjonsskapende fase

Den første fasen innebærer den innledende samtalen, pasienten bestemmer samtaleemnet ved å fortelle sin historie. Sykepleieren må bidra til å etablere et positivt samarbeid, slik at pasienten føler seg trygg. Ved MI-samtalen bør det settes opp en agenda med aktuelle temaer, på den måten vil det bli en struktur i samtalen. Sykepleier må derfor bruke aktiv lytting i denne fasen for å kunne etablere en relasjon med pasienten (Barth & Näsholm, 2007).

Nøytralt utforskende fase

I den andre fasen utforskes pasientens syn på egen adferd og hvor klar pasienten er for endring, dette vil være utgangspunkt for fokuset i samtalen. Pasienten og sykepleieren reflekterer over pasientens negative adferd og hva som vil være positivt ved å endre adferden. Dersom pasienten uttrykker motstand kan dette være et tegn på at pasienten ikke er mottagelig enda, dette signaliserer at sykepleier og pasient må benytte mer tid for å utvikle en god relasjon mellom dem (Barth & Näsholm, 2007).

Perspektivutvidende fase

I den tredje fasen fokuseres det på dimensjoner ved endring, pasienten får uttrykke hvordan han ser på situasjonen nå og hva han selv tror at han vil oppnå ved endring. For at pasienten skal kunne oppnå en forståelse, må han selv kunne se hva som er meningsfullt med endringen. Sykepleieren må fokusere på å styrke pasientens mestringstillit ved å bruke sine kunnskaper om å stille åpne spørsmål og å bruke empatisk lytting, slik at pasienten føler seg trygg på sin evne til å ta et valg. Pasienten påvirker selv sine mål for endring, ved å få uttrykke evner, ønsker og behov (Barth & Näsholm, 2007).

Motivasjonsbyggende fase

Den fjerde fasen innebærer at sykepleier fokuserer på pasientens endringssmotivasjon. Ved at sykepleieren benytter endringssnakk som innebærer åpne spørsmål og empatisk lytting, produseres motivasjon for endring. Samtalen rettes mot pasientens tanker, slik at han ser fremover mot beslutning og endring. Når pasienten selv forteller hva han ønsker å endre på, vil ha føle seg mer forpliktet som kommer til uttrykk ved egen motivasjon for endring (Barth & Näsholm, 2007).

Beslutning- og forpliktelsesfase

Den femte fasen innebærer å avslutte samtalen og forsøke å fremkalle en beslutning og forpliktelse. Pasienten har selv bestemt at han vil gjøre en endring, og ansvaret vil derfor ligge hos han. Sykepleieren oppsummerer til slutt hva de er blitt enige om og får bekreftelse på om det er rett fra pasientens side. Når sykepleieren oppsummerer pasientens egen beslutning, har pasienten et bedre utgangspunkt for å kunne lykkes med endringen (Barth & Näsholm, 2007).

Sykepleieren må vurdere fortløpende hvor langt pasienten har kommet i endringsprosessen, og på den måten ta tak i hva som er viktig for pasienten i øyeblikket (Barth & Näsholm, 2007).

3.6.2 Prinsipper i MI-samtalen

I tillegg til bruk av grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som tidligere nevnt i oppgaven, arbeider sykepleier med flere ulike prinsipper i MI-samtalen. Først utvikles prinsippet diskrepans, sykepleieren henter frem pasientens tanker ved å ta utgangspunkt i hans nåværende livssituasjon. Sykepleieren får frem de negative konsekvensene ved pasientens nåværende adferd og hva det positive utfallet vil bli ved å endre adferden. Sykepleieren hjelper pasienten med å se nåværende situasjon, henter frem tanker om hva pasienten selv burde gjøre og hva han ønsker å oppnå. Når diskrepansen utvikler seg fører det til at pasienten blir ambivalent, som handler om at pasienten har motstridende følelser omkring samme situasjon. Ved at pasienten løser sin ambivalens tar han beslutningen om å gjøre endringer i sin livssituasjon (Ivarsson, 2010).

Prinsippet motstand handler om at pasienten opptrer uinteressert og at han ikke ønsker endringer i egen livssituasjon. Pasienten finner positive argumenter ved hans nåværende livssituasjon og uttrykker at det ikke er rett tidspunkt for endring. Motstand oppstår ofte i en MI-samtale, på bakgrunn av at sykepleier fremkaller pasientens motstand på måten samtalen foregår. Pasienten kan få følelsen av å miste sin selvbestemmelsesrett, dersom sykepleieren ikke gir pasienten nok respekt, konfronterer han eller kommer med råd pasienten ikke ønsker. Målet ved MI-samtalen er å finne pasientens grenser og tankemåte, og derfor kan det være helt normalt at motstand oppstår i samtalen (Ivarsson, 2010).

Når pasienten gjennomgår en vanskelig situasjon har han behov for at sykepleieren støtter han i troen på at han skal klare å gjennomføre en endring. Ved at pasienten opplever å få støtte styrkes hans mestring og deretter troen på seg selv, og hans evne til å ta egne beslutninger. Sykepleieren støtter oppunder pasientens sterke sider som bidrar til at fokuset blir på det positive i den aktuelle situasjonen. Det blir viktig at sykepleieren gir pasienten håp for å kunne styrke pasientens egen mestring, slik at pasienten lettere kan møte utfordringer og sette egne mål (Ivarsson, 2010).

4 Drøfting

«Hvordan kan sykepleier bidra til adferdsendring hos pasienter med alvorlig kronisk nyresvikt ved bruk av MI som tilnæringsmåte?»

I drøftingsdelen benytter vi kunnskapen vi har opparbeidet gjennom teoridelen i oppgaven. Vi vil ta utgangspunkt i livssituasjonen til pasienten som er beskrevet i caset tidligere i oppgaven. Videre vil vi trekke inn de fag- og forskningsartiklene som er presentert i metodekapittelet. Vi vil trekke inn egne erfaringer fra praksis i dialyseavdelingen for å synliggjøre viktigheten av sykepleierens funksjon og kunnskaper. Vi vil rette fokus på endring av livsstil ved bruk av motiverende intervju (MI) som kommunikasjonsmetode.

4.1 Den innledende samtalen

I følge Barth og Näsholm (2007) handler kontakt- og relasjonsskapende fase om å skape en relasjon til pasienten. I møte med Edvin i denne første fasen av samtalen, må sykepleier motivere han slik at han kan uttrykke sine tanker og følelser, som bidrar til at han forteller sin historie. Ivarsson (2010) hevder at det grunnleggende i alle fasene gjennom MI-samtalen at sykepleieren benytter bekreftelse, stiller åpne spørsmål, reflekterer på det pasienten sier og oppsummerer, som også kalles empatisk reflekterende lytting. Sykepleieren tar i bruk empatisk reflekterende lytting for å forstå pasientens syn og verdier. I følge Barth og Näsholm (2007) er det pasienten som skal være i sentrum i MI-samtalen, hvor sykepleieren har i oppgave å hjelpe pasienten til å finne egen motivasjon.

I likhet med Ivarsson (2010) hevder Eide og Eide (2007), at for å kunne oppnå en god relasjon, må empati benyttes i utøvelsen av profesjonell kommunikasjon. I likhet med Eide og Eide (2007) påpeker Travelbee (1999) at sykepleieren må være bevisst i sitt møte med pasienten, der hun må se likheter og forskjeller mellom henne selv og pasienten for å kunne bringe frem empati. Videre sier Eide og Eide (2007) at sykepleier bruker sine fagkunnskaper ved å sette seg inn i og forstå pasientens situasjon, hun bruker sine evner til å lytte for å forstå pasientens følelser og reaksjoner. Sykepleier må være bevisst i sitt møte med pasienten for å kunne fange opp signaler som pasienten uttrykker ved verbal eller nonverbal kommunikasjon.

Dette vil bidra til trygghet for pasienten da han ser at sykepleier er til stede, noe som igjen vil være med på å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Pasienten vil da åpne seg for sykepleier og fortelle sin historie.

I dagens samfunn ligger fokus på teknologi og effektivitet, blir pasienten egentlig sett, eller blir han til side satt? I praksis opplevde vi at sykepleierne kun hadde tid til samtale med pasientene ved tilkobling til dialysemaskinen. Under tilkoblingen er sykepleierne opptatte av den prosedyren de skal utføre, kanskje pasienten forsøker å formidle noe uten at han føler seg sett. Hvordan skal sykepleier klare å fange opp de nonverbale signalene pasienten sender ut? Hva føler egentlig pasienten? Slik vi ser det er det ingen god relasjon mellom sykepleier og pasient, kan det tenkes at det ikke er en god relasjon da pasienten får dialysebehandling på store fellesrom. Dette underbygges i studie av Cronk et al. (2012) hvor de ansatte rapporterte at det var utfordrende å bruke MI i hverdagen, på bakgrunn av at det var vanskelig med en privat samtale med pasienten i store fellesrom. Vi støtter oss på dette fordi vi ser at det kan være vanskelig for pasienten å ha en privat samtale, da det ligger andre pasienter på samme rom. Samtidig vil det også være utfordrende for sykepleieren, da hun må overholde sin taushetsplikt.

I likhet med Eide og Eide (2007), sier Barth og Näsholm (2007) at sykepleier må benytte aktiv lytting for å bygge opp en god relasjon med pasienten. På lik linje med nevnte forfatteren og på bakgrunn av vår praksiserfaring mener vi at det er viktig å ha denne kunnskapen. Ved å bruke dette aktivt vil vi å oppnå en god relasjon til pasienten, slik at pasienten føler seg trygg til å ta i mot vår hjelp. Dersom vi på motsatt side ikke behersker grunnleggende kommunikasjonsferdigheter vil det være vanskelig for oss å kunne oppnå en god relasjon til pasienten.

Travelbee (1999) hevder at for å kunne oppnå et menneske-til-menneske-forhold, må sykepleier og pasient ha vært i gjennom flere faser, av det hun mener ligger til grunn for å skape en relasjon. I følge hennes sykepleieteori innebærer det første møtet mellom sykepleier og pasient, at sykepleier ser og forstår pasienten som det individet han er bak diagnosen.

I likhet med Travelbee (1999) har Hummelvoll (2012) et ekstensialistisk grunnsyn. En pasient med eksistensiell lidelse ser ikke lenger mål eller mening med livet, der han ikke vet hvorfor han lever og bare eksisterer.

Travelbee (1999) hevder at menneske-til-menneske-forholdet bygger på at mennesket er et unikt individ med fokus på relasjoner mellom pasient og sykepleier. Hun har forkastet begrepene «sykepleier» og «pasient», da hun mener dette går bort i fra hva det vil si å være et menneske. Årsaken til at hun har gått i bort fra disse begrepene er at hun mener at relasjonen først oppstår når de møtes som mennesker. På den andre siden bruker Hummelvoll (2012) begrepet sykepleier-pasient-fellesskap, han mener at målet med fellesskapet er å gjøre pasienten bevisst på egen sykdom og lidelse, slik at han får bedre innsikt og lettere kan håndtere sin livssituasjon. Han hevder at sykepleier er en profesjonell yrkesutøver som skal hjelpe det mennesket som har behov for hjelp, ved å skille mellom nærhet og avstand. Videre mener han at fellesskapet skal bygges på gjensidig tillit og åpenhet, for at fellesskapet skal være av betydning.

Slik vi tolker Travelbees (1999) sykepleieteori virker det for oss som at hun går litt bort i fra den profesjonelle sykepleieren, hun mener at sykepleier og pasient skal møtes som likeverdige mennesker. Slik vi ser det er det viktig å kunne skille mellom den syke og den profesjonelle som skal utøve hjelp. Vi velger å støtte oss på Hummelvolls (2012) teori om sykepleier-pasient-fellesskapet, da dette er mer konkret og lettere å kunne praktisere. Dette underbygges av et studie utført av Russell et al. (2011), der dialysepasientene opplevde et bedre sykepleier-pasient-fellesskap etter at kommunikasjonsmetoden motiverende intervju (MI) ble tatt i bruk. I likhet med fagartikkelen utført av McCarley (2009) kan kommunikasjonsmetoden MI bidra til å engasjere og styrke pasienter, og dermed etablere et godt sykepleier-pasient-fellesskap.

Våre erfaringer fra praksis i dialyseavdelingen, er at mye av hverdagen handler om klokkeslett, både for pasientene og sykepleierne. Pasientene kommer for dialyse ved bestemte tider, dersom dialysebehandlingen ikke har startet ved det avtalte klokkeslettet blir pasientene svært misfornøyde, som de uttrykker ved frustrasjon og irritasjon. Vår opplevelse er at pasientene løper etter klokken og at de er lite mottakelige for endringer. Men på en annen side

så har vi forståelse for at dialysebehandling tar mye tid av livet deres. Dialysebehandling er i følge Gulbrandsen (2010) og Gøransson og Larsen (2011) en livsforlengende behandling. Pasientene er i dialyse 3-4 dager i uken, hvor hver behandling varer i 4-5 timer, og vi ser at dette kan oppleves som en stor belastning for pasientene. En mulig forklaring på dette kan være at de ikke får leve det livet de levde tidligere og de kan ha flere bekymringer om fremtiden.

Vi har også erfart at pasientene har ulike plager både før og etter dialysebehandling, som slapphet, tretthet, søvnløshet, ødemer og tungpust. Dette underbygges av det Gulbrandsen (2010) og Gøransson og Larsen (2011) beskriver om at det er en stor belastning for pasientene å gå i dialyse. Det kan også ha en stor innvirkning på den psykiske helsen, og livssituasjonen kan være preget av spørsmål om redsel, skyldfølelse, familie, seksualitet og død. Vi stiller oss undrende til hvordan sykepleier skal kunne skape en god relasjon til pasientene ved dialyseavdelingen. Dette på bakgrunn av at vi opplever at pasientene ikke ønsker å være lenger enn nødvendig i avdelingen, og at sykepleierne ikke har mer tid til rådighet for samtale med pasientene.

I studiet utført av Lundahl et al. (2013) viser det at MI har gode helsegevinster for pasientene, med styrket selvtillit i forhold til helserelaterte endringer. Videre viste studiet at MI kan med fordel brukes av flere profesjoner på ulike arenaer, selv med et minimum av tidsbruk. Ut i fra våre erfaringer i praksis ser vi det som utfordrende å kunne praktisere MI, til tross for at det viser seg å ha gode helsegevinster for pasientene. Hvem er det som egentlig skal endre adferd? Er det sykepleieren eller er det pasienten? Slik vi ser det bør sykepleieren endre sitt tankemønster og være mer bevisst i sitt møte med pasienten, dette for å få pasienten engasjert i eget liv og behandling. Dette er i tråd med hva Travelbee (1999) mener, der sykepleieren må være bevisst på sine erfaringer, handlinger, tanker og følelser i sin kontakt med pasienten. Videre mener hun at det er sykepleierens profesjonelle ansvar at kontakten opprettholdes. På en annen side må også pasienten endre sin adferd. Dette må sykepleieren bidra til ved å gi pasienten støtte og motivasjon, slik at pasienten skal kunne endre sin adferd.

4.2 Pasientens syn på egen adferd

I følge Barth og Näsholm (2007) utforskes pasientens syn på egen adferd og hvor klar pasienten er for endring i andre fasen av MI-samtalen. I likhet med Barth og Näsholm (2007) sier Ivarsson (2010) at målet ved MI-samtalen er å finne pasientens grenser og tankemåte. Ut i fra caset som er beskrevet om Edvin, bygger den fasen videre på hans historie. I denne fasen skal sykepleier hjelpe Edvin til å se sine egne problemer gjennom at hun benytter empatisk reflekterende lytting. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å reflektere over sin negative adferd og hva som vil være positivt med å endre adferden, refleksjon er selve kjernen i MI-samtalen. Ut i fra dette danner sykepleieren seg et bilde av hvor klar Edvin selv er for endring. Problematikken til Edvin er at han har diabetes type 2 med et dårlig regulert blodsukker, i tillegg til sin alvorlig kroniske nyresvikt. Tidligere har han spist usunn ferdigmat på bensinstasjoner og drukket alkohol på fritiden. Hans tidligere livsstil har påvirket hans helse, som igjen har ført til han at han har utviklet alvorlig kronisk nyresvikt og er blitt avhengig av livsforlengende dialysebehandling.

I følge *Rammeplanen for sykepleieutdanning* (2008) har sykepleier ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og deres pårørende. På en annen side hevder Dalland (2010) at dersom sykepleier ikke er bevisst i sitt møte med pasienten, vil han kunne føle seg maktesløs. For å kunne gi pasienten mulighet til utvikling må sykepleieren bidra til at pasienten mestrer sin hverdag og ivaretar sin egenomsorg, ved å yte veiledning og omsorg til pasienten. Ut i fra våre erfaringer fra praksis føler sykepleierne at deres plikt er å hjelpe, dette kan fort gå over til at sykepleieren overtaler pasienten. Pasienten uttrykker at sykepleieren nærmest står med pekefingeren og forteller hva pasienten må gjøre for å ivareta sin egenomsorg. Pasientene sa ofte: «dere er så strenge». Det som mange kanskje ikke tenker over er at det er pasienten selv som skal leve sitt eget liv. Men er det virkelig slik at sykepleier bruker makt? Eller kan det tenkes at hun bare ønsker pasientens beste? Ved praksis i dialyseavdelingen uttrykte sykepleierne fortvilelse over at pasientene ikke forstod at det de forsøkte å formidle var kun til pasientens beste. I fagartikkelen utført av McCarley (2009) konkluderes det med at sykepleiere bruker mye tid på å forsøke å overbevise pasientene om å endre adferd. På en annen side tenker vi, er den informasjon som er blitt gitt til pasienten forstått fra hans side? I praksis opplevde vi at når vi ga informasjon til pasientene underveis i dialysebehandlingen,

var mye av informasjonen glemt til neste gang de kom for behandling. Vi har en opplevelse av at pasientene er fraværende under dialysebehandling, og vi sitter undrende igjen med et spørsmål om pasientene utvikler kognitiv svikt som komplikasjon av dialysebehandling. Eller kan det tenkes at det blir mye informasjon på en gang som kan være vanskelig for pasienten å fordøye.

Orem (1999) hevder at en viktig oppgave for sykepleieren blir å ivareta pasientens egenomsorgsbehov. Egenomsorg er pasientens evne og vilje til å kunne utføre handlinger som er med på å ivareta egen helse, som er nødvendig for å kunne leve. Ut i fra vårt møte med Edvin har hans livsstil og diabetes en sammenheng med at han har fått alvorlig kronisk nyresvikt. Slik vi ser det har ikke Edvin ivaretatt sin egenomsorg og helse, dette har ført til egenomsorgssvikt. I likhet med Orem (1999) og Dalland (2010) sier Ribu (2008) at sykepleieren har en viktig funksjon ved å undervise pasienten slik at han kan ivareta sin egenomsorg. Videre sier Ribu (2008) at diabetes nefropati kan forekomme hos pasienter med diabetes type 2, som er tilfellet hos Edvin. Dette kan oppstå som senkomplikasjon, dersom pasienten har et dårlig regulert blodsukker.

I studiet utført av Mulimba og Byron-Daniel (2014) konkluderes det med at det ikke er grunnlag for å anbefale MI som tilnæringsmåte til diabetikere for å bedre egenomsorgen. På en annen side viste også studie positive resultater ved bedre blodsukkerkontroll. Våre erfaringer fra praksis i dialyseavdelingen, er at mange av pasientene hadde diabetes type 2, som videre hadde ført til deres alvorlig kroniske nyresvikt. Pasientene hadde et dårlig regulert blodsukker og vi opplevde at pasientene ikke tok deres diabetes nefropati på alvor ved å ha et dårlig forhold til kosthold.

Edvin oppleves som uinteressert i egen helse og behandling og er ikke mottakelig for råd fra primærsykepleier ved dialyseavdelingen, som kan være et uttrykk med motstand fra Edvin. Ivarsson (2010) hevder at motstand handler om at pasienten opptrer uinteressert og at han ikke ønsker endringer i egen livsstil, og pasienten finner positive argumenter ved hans nåværende livssituasjon. Videre sier Ivarsson (2010) at motstand oppstår ofte i en MI-samtale, der pasienten får følelsen av å miste sin selvbestemmelsesrett, dersom sykepleieren ikke gir

pasienten nok respekt ved for eksempel å konfrontere han. Travelbee (1999) mener at den innvirkningen sykepleier og pasient har på hverandre utgjør et resultat i samspillet mellom dem. Videre hevder hun at da kontakten er oppnådd blir sykepleierens oppgave å bidra til forandring ved å hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre egen sykdom og lidelse.

I praksis opplevde vi at sykepleier og pasient var mer opptatt av å snakke om temaer som ikke angikk sykdom og behandling. Samtalene handlet for det meste om «vær og vind». Vi fikk inntrykk av at pasientene ikke ville snakke om deres sykdom og livssituasjon. Men det kan også tenkes at sykepleierne hadde sine erfaringer omkring dette og derfor ikke åpnet for samtale om pasientens livssituasjon. Travelbee (1999) hevder at begge parter blir mer knyttet til hverandre og de ser mer på seg selv som individer, i stedet for rollene «sykepleier» og «pasient». I likhet med våre erfaringer i praksis kan vi forstå at samtale utenom sykdom og lidelse ikke kan unngås da sykepleier og pasient kjenner godt til hverandre, da de møtes flere ganger i uken. Våre erfaringer underbygges av hva Travelbee (1999) begrunner ved å gå bort i fra begrepene «sykepleier og «pasient».

4.3 Dimensjoner ved endring

Barth og Näsholm (2007) sier at tredje fase i MI-samtalen fokuserer på dimensjoner ved endring. Ivarsson (2010) påpeker at pasienten utvikler prinsippet diskrepans, som sykepleieren henter frem ved pasientens negative adferd og hva som vil være positivt ved å endre adferd. Pasienten vil se sin nåværende livssituasjon og utvikle ambivalens, pasienten forsvarer de negative sidene og finner positive sider ved sin adferd. Ved at pasienten reflekterer over sine motstridende tanker og egen adferd, vil han ta beslutningen om å gjøre endringer i sin livssituasjon. Det kan hende at Edvin synes sin tidligere livssituasjon har vært bra og at han ikke ønsker forandring. Edvin kan fornekte sin dårlige livsstil ved at han mener at det ikke er livsstilen som har gjort han syk. Men samtidig vil han forstå at det å endre livsstil vil være det beste alternativet.

I følge Barth og Näsholm (2007) påvirker pasienten selv sine egne mål for endring. Der sykepleier bidrar til endringssnakk som innebærer åpne spørsmål og empatisk lytting som

produserer motivasjon for endring. Travelbee (1999) hevder at i møtet mellom sykepleier og pasient kan empati bli svært utfordrende, pasienten kan være redd for å dele sin historie og for sykepleieren kan det bli vanskelig å bearbeide hva som har blitt fortalt av pasienten. Ut i fra våre praksiserfaringer har vi erfart at det kan være utfordrende å stille spørsmål som omhandler det livet pasienten har levd og hvordan han ser på fremtiden. Kan det tenkes at sykepleiere unnlater å stille vanskelige spørsmål? På den ene siden kan en mulig forklaring være at sykepleier ikke stiller disse spørsmålene, da hun er redd for hvordan pasienten kommer til å reagere. På den andre siden kan det tenkes at sykepleieren er usikker på hvordan hun skal stille spørsmålet for å få pasienten til å uttrykke sine tanker og følelser. Fra pasientens side kan det tenkes at han ikke føler seg komfortabel ved å gjøre endringer, da pasienten føler trygghet ved at sykepleieren ivaretar han under dialysebehandling.

Ut i fra våre erfaringer i dialyseavdelingen fikk vi inntrykk av at pasienten overlot alle avgjørelser til sykepleieren. Vi opplevde pasientene som tiltaksløse. Sykepleieren spurte for eksempel pasienten om hvor mye væske tenker du at du bør trekke i dag. Pasienten svarte med at det kan du avgjøre, da dette er jobben din. I likhet med våre erfaringer kjenner vi igjen problematikken med Edvin. Der han uttrykker at han ønsker å gi opp, da livsgnisten er tatt i fra han. Hvordan skal sykepleier styrke Edvins mestringstillit, slik at han ønsker å gjøre en endring? Barth og Näsholm (2007) påpeker at sykepleier må benytte sine grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, slik at pasienten får uttrykt sine ressurser, ønsker og behov til endring. Sykepleieren må bidra til at Edvin selv kan se hva som er meningsfullt med endringen. Edvin har kone og to barn, som kan være en motivasjonsfaktor til å ville endre.

Ut i fra våre erfaringer i praksis reagerte vi på at pasientens pårørende var lite inkluderte og engasjerte i pasientens behandling. Kan det tenkes at pasienten ikke ønsker at pårørende skal få innsikt i hvor alvorlig kronisk nyresvikt er? På en annen side kan det kanskje tenkes at det å være kronisk syk kan ha en stor påvirkning på pårørende. Derfor kan den tiden pasienten er i dialyse være pårørendes fritid. I følge Travelbee (1999) hevder hun at sykepleie handler også om å ivareta pasientens pårørende, da de pårørende er betydningsfulle for den syke. Slik vi ser det bør pårørende bli mer inkludert i pasientens behandling.

På bakgrunn av Edvins dårlige kosthold, har dette konsekvenser for hans alvorlig kroniske nyresvikt. For at Edvin skal få livsgnisten tilbake må han ville endre sin livsstil. Våre erfaringer fra praksis er at det meste av problematikken for dialysepasientene, er kost- og væskerestriksjoner. Helsedirektoratet (2012) påpeker viktigheten av et godt regulert kosthold for å begrense flere skader og lindre plager. God kontroll av væskeinntak er av stor betydning for pasientens velvære, som forebygger plager som ødemer, stuvning på lungene og stigende blodtrykk. Ved inntak av matvarer som inneholder høye verdier av kalium og fosfor, kan pasienten utvikle osteoporose, hjerterytmeforstyrrelser og forkalkning i blodårene. Pasienten mister proteiner ved hver dialysebehandling, det er derfor viktig at pasienten får i seg mer protein enn hva som er anbefalt for at pasienten skal få kunne beholde muskelmasse og energi.

I praksis har vi erfart at «det ene slår i hjel det andre», en proteinrik kost inneholder høye verdier av fosfor og kalium. Det er derfor viktig at pasienten har kunnskaper om kost og væske, fordi de spiser og drikke det meste utenom den tiden de er i dialyse. Pasientene stilte ofte spørsmål til sykepleieren om hva de egentlig kunne spise. Vi erfarte også at det var utfordrende for pasientene å ha et lavt væskeinntak, mange tenkte ikke over at for eksempel suppe inneholder væske. Vi hadde en samtale med en pasient der vi i utgangspunktet trodde at han ikke hadde kunnskaper om kost og væske, der det kom frem at han hadde mye kunnskaper om dette, men at han ikke ønsket å endre sin livsstil.

Gjennom vår praksis i dialyseavdelingen erfarte vi hvor viktig det er å ha kunnskaper om kost og væske, slik at pasientene kunne få veiledning og informasjon fra sykepleier. Dette underbygges av det Dalland (2010) påpeker ved at sykepleier må ha innsikt i hva som påvirker pasientens mestring i egen livssituasjon. Ved at sykepleieren utfører målrettede handlinger gjennom undervisning, veiledning og omsorg, er dette et ønske om å oppnå adferdsendringer hos pasienten. I likhet med Dalland (2010) hevder Barth og Näsholm (2007) at det vil ikke skje en endring med mindre pasienten ønsker dette selv. MI er fordelaktig for å kunne lykkes i endringsarbeidet, der pasienten finner sin egen motivasjon. Ivarsson (2010) påpeker at MI egner seg spesielt for samtale om livsstilsendringer. I likhet med Ivarsson (2010) viser studie utført av Noordman et al. (2012) at en-til-en samtale som for eksempel MI er en effektiv kommunikasjonsmetode.

4.4 Pasientens endringsmotivasjon

Barth og Näsholm (2007) påpeker at fjerde fase i MI-samtalen innebærer at sykepleier henter frem pasientens endringsmotivasjon, der pasienten selv uttrykker egen motivasjon for endring. Travelbee (1999) hevder at begrepene mestre, bære og finne mening er erfaringer hos pasienten som følger med lidelse og sykdom. Videre sier hun at begrepet håp er en sentral rolle for sykepleieren for å kunne hjelpe pasienten til å mestre lidelse. I likhet med Travelbee (1999) påpeker Ivarsson (2010) viktigheten av at sykepleieren gir pasienten håp for å kunne styrke pasientens egen mestring, slik at han lettere kan møte utfordringer og sette egne mål for å kunne klare å gjennomføre en endring.

Ut i fra våre erfaringer i praksis opplevde vi at pasientene nærmest hadde gitt opp alt håpet, der de bare var til stede. En pasient vi opplevde i praksis virket ikke til å være til stede da hun lå i fosterstilling og så likegyldig opp i taket. Hun uttrykte aldri ønsker eller behov, hun ga oss inntrykk av at hun ikke ønsket behandling og bare kom fordi pårørende sa at hun måtte. Hvilken livskvalitet hadde denne pasienten? Eide og Eide (2007) hevder at ved en god relasjon kan sykepleiere hente frem pasientens egen motivasjon og ressurser så godt som mulig. Dette samsvarer med hva Dalland (2010) påpeker ved at sykepleierens oppgave er å hente frem ressurser og verdier hos pasienten.

Edvin må begynne å tenke fremover ved at han har innsikt i at egen atferd er knyttet til hans alvorlig kroniske nyresvikt, og han erkjenner at han må endre sin atferd. Som Travelbee (1999) og Ivarsson (2010) påpeker er håp viktig for Edvins motivasjon. Edvin må sette seg mål for at han skal kunne holde motivasjonen oppe. Sykepleier må bidra til at han får troen på seg selv, dette underbygges av det Dalland (2010) hevder ved hva sykepleierens oppgave er. En motivasjon for Edvin kan være å kunne stille opp for familien igjen. Hvordan skal han bruke denne motivasjonen for å oppnå livsstilsendring? Barth og Näsholm (2007) påpeker at MI handler først og fremst om motivasjon til endring. Ikke om hvordan endringen skal skje, men om den skal skje. Erfaringene Edvin har oppnådd gjennom MI-samtalen er utgangspunktet for hvilke endringer han vil gjøre i hverdagen, der sykepleier ikke er til stede. Videre hevder Barth og Näsholm (2007) at sykepleieren må lede samtalen på en respektfull

måte, slik at Edvin selv finner fram til egne beslutninger og løsninger. Målene Edvin setter seg må være gjennomførbare, slik at Edvin ikke mister motivasjonen.

Barth og Näsholm (2007) ønsker å belyse at MI-samtalen er tidligere brukt innenfor psykiatri, men at denne metoden er blitt mer benyttet innenfor somatikken. Dette underbygges av studie utført av Lundahl et al. (2013) som viste at MI hadde effekt utenom fagfelt som psykiatri og rusavhengighet. I denne fasen av MI-samtalen sier Barth og Näsholm (2007) at pasientens tanker rettes mot endring, slik at han kan se fremover mot en beslutning og endring. Pasienten uttrykker selv hva han ønsker å endre på, der han uttrykker sin egen motivasjon for endring.

Travelbee (1999) hevder at sykepleierens oppgave er å gi omsorg til pasienten slik at han føler seg ivaretatt. Videre sier hun at sykepleieren bidrar til å bære pasientens bekymringer ved å vise sympati og medfølelse, som videre kan ha betydning for at han skal takle egen sykdom eller lidelse. Slik vi ser det ut i fra egne praksiserfaringer skal vi ikke bære pasientens bekymringer under MI-samtalen. Ved bruk av sympati og medfølelse mener vi at dette kan uttrykkes ved å gi pasienten et klapp på skulderen og vise at vi er til stede for pasienten. Dette underbygges av det Ivarsson (2010) sier at en av de viktigste komponentene er bruk av bekreftelse, der sykepleieren ser pasientens styrke og ressurser.

4.5 Fremkalle en beslutning og forpliktelse

I følge Barth og Näsholm (2007) innebærer femte fase å fremkalle beslutning og forpliktelse. På en annen side er det også viktig at sykepleieren må vurdere fortløpende i MI-samtalens forløp hvor langt pasienten er i endringsprosessen, for å kunne ta tak i hva som er viktig for pasienten i øyeblikket. Dette samsvarer med det vi opplevde i praksis, der det kunne være andre grunner i pasientens liv som gjorde at pasienten ikke var mottakelig for råd. Videre sier Barth og Näsholm (2007) at i noen tilfeller kan det tenkes at pasienten ikke har behov for å arbeide seg grundig gjennom alle fasene. Travelbee (1999) hevder at for å få opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt er det overordnede målet i utøvelsen av sykepleie. Videre mener hun at dette er utgangspunktet for menneske-til-menneske-forholdet.

Orem (1999) påpeker at egenomsorg handler om hele mennesket, både fysisk, psykisk og åndelig. Videre mener hun at det er pasienten selv som må ta initiativ til å utføre handlinger som er med på å styrke hans egenomsorg, ved å ta grep som er fornuftige og hensiktsmessige for å kunne oppnå god livskvalitet. I likhet med Orem (1999) viste studien utført av Russell et al. (2011) at det var bedring av livskvaliteten ved bruk av MI som tilnæringsmåte til pasienter som fikk hemodialyse. Ut i fra våre erfaringer fra praksis opplevde vi at pasientene hadde dårlig livskvalitet. Det kan tenkes at de har dårlig livskvalitet på bakgrunn av at de ikke kan leve det livet de levde tidligere. De har nå fått begrensninger i livet på grunn av deres alvorlig kroniske nyresvikt og dialysebehandling, pasientene følte at de hadde begrensninger ved å opprettholde et sosialt liv. Alt i livet deres må planlegges, da de er avhengig av å gå til dialysebehandling for å kunne overleve. En pasient sa til oss: «det er enten det her, eller å dø».

I praksis har vi sett viktigheten av å la pasienten medvirke og ta egne beslutninger, dette har bidratt til at pasienten blir mer delaktig i sin behandling og han har en bedre forståelse av sin egen livssituasjon og kroniske sykdom. Dette underbygges av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) der det er nedfelt at pasienten har rett til medvirkning. I likhet med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hevder Brinchmann (2012) at pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og diagnose, pasienten har rett til informasjon som angår han selv. Videre sier Brinchmann (2012) at autonomi går ut på å støtte pasientens beslutning og at pasienten har rett til å ta et selvstendig valg. I fagartikkelen av McCarley (2009) kommer det frem at bruk av MI som kommunikasjonsmetode ble pasientens autonomi mer respektert, ved at pasienten selv tok stilling til hvordan han kunne endre adferd.

I praksis opplevde vi at pasienten ble utelatt fra samtaler som handlet om han, hvor lege og primærsykepleier ved dialyseavdelingen hadde månedlig gjennomgang av pasientens behandling og helsetilstand. Hadde pasienten blitt mer delaktig i egen behandling hvis han fikk delta i disse samtale? Vet egentlig pasientene at disse samtale foregår? Sett fra pasientens side kan vi se for oss at dette hadde vært en mulighet for å kunne utføre en MI-samtale. Ut i fra tidligere praksis har vi erfart at i utøvelsen av sykepleie, skal man snakke med pasienten og ikke om pasienten. Sett fra primærsykepleierens side kan det tenkes at hun synes det ikke er av hensikt, da hun har opplevd pasienten som tiltaksløs. Vi har forståelse for

at disse samtalene ikke inkluderer pasientene, da vi også har en opplevelse av at pasientene er uinteresserte. Vi sitter undrende igjen med at vi faktisk ikke vet hvordan pasienten er bak diagnosen.

Ved at Edvin har gått i gjennom de ulike fasene i MI-samtalen er målet at han skal sitte igjen med at han tatt en selvstendig beslutning. Om hvilke endringer han skal gjøre ved sin livsstil, og hvordan han skal klare dette. Han sitter nå med motivasjon og kunnskaper om hvordan han skal endre sin adferd, for å kunne oppnå en bedre helse, og kunne leve så godt som mulig med sin alvorlig kroniske nyresvikt.

5 Konklusjon

Gjennom arbeidet med vår bacheloroppgave har vi vært i gjennom flere temaer som vi har benyttet for å belyse og drøftet forskjellige sider ved, for å kunne besvare vår problemstilling. Selv om vi har konsentrert oss om en pasientgruppe, så har vi erfart gjennom denne oppgaven at det har stor overføringsverdi til andre pasientgrupper, og er derfor relevant. Vi mener at brukermedvirkning og autonomi er sentralt i utøvelsen av sykepleie, der motiverende intervju (MI) er en god tilnæringsmåte til en pasient med behov for endring. MI ivaretar også brukermedvirkning og autonomi på en god måte. Av den grunn mener vi at sykepleiere bør ha kjennskap til bruken av MI, og at det kanskje bør inkluderes i sykepleieutdanningen. Sykepleieren kommer i kontakt med pasienter uavhengig av hvor hun arbeider, som har ulike utfordringer i livet i tillegg til sin sykdom og lidelse.

Nyresvikt er et økende helseproblem, der vi ser viktigheten av at sykepleier har kunnskaper og forståelse av hvordan det er å leve med kronisk sykdom. Som sykepleiestudenter kom vi inn i dialyseavdelingen med nye øyne. Vi har vært kritiske til sykepleierne i avdelingen etter våre erfaringer i praksis, men vi ønsker å fremme at sykepleierne ved dialyseavdelingen gjør en fantastisk jobb. De sitter inne med mye fagkunnskaper som de har overført til oss som sykepleierstudenter, noe vi kan dra nytte av i vår yrkesutøvelse som snart ferdig sykepleiere.

Sykepleierne må være bevisst i sitt møte med pasienten, der de tenker over hvordan de stiller spørsmål og hvor dem fører samtalene, for å få pasienten mer delaktig i egen livssituasjon. I våre øyne er MI en god tilnæringsmåte i møte med en alvorlig kronisk nyresviktpasient, dersom tid og rom er til stede for samtale. Samtidig ser vi det som svært utfordrende å ta i bruk MI som tilnæringsmåte på bakgrunn av at pasientene har levd med kronisk nyresvikt over lang tid. Vi ser det slik at MI vil være mest hensiktsmessig i startfasen av dialysebehandling. MI har ikke blitt tatt nok i bruk innenfor somatikken, det trengs derfor mer forskning for å belyse at det kan være en god tilnæringsmåte for å motivere pasienten til endring.

Det er ikke av hensikt at sykepleieren står med pekefingeren til pasienten å forteller hva han bør gjøre, da det er pasienten som må ville endre sin egen adferd. Vi ser derfor at det er like viktig med en god relasjon til pasienten, som det er å kunne faget.

Vi konkluderer derfor med at MI bevisstgjør pasientens medbestemmelsesrett, som bidrar til å styrke pasientens mestring og troen på seg selv. Pasienten blir motivert til å gjennomføre den livsstilsendringen som trengs for at han selv kan få bedre livskvalitet og for å kunne leve best mulig med alvorlig kronisk nyresvikt.

6 Litteraturliste

- *Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - MI, Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie*. (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Cavanagh, S. J. (1999). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Cronk, N. J., Russell, C. L., Knowles, N., Matteson, M., Peace, L. & Ponferrada, L. (2012). Acceptability of Motivational Interviewing Among Hemodialysis Clinic Staff: A Pilot Study. *Nephrology Nursing Journal*, 39(5), 385-391.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer - for helse- og sosialarbeidere*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2001). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Gulbrandsen, T. (2010). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg., s. 85-100). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gøransson, L. & Larsen, S. M. (2011). Sykdommer i nyrene og urinveiene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 289-311). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)*. (Handlingsplan IS-1884). Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-forebygging-og-behandling-av-kronisk-nyresykdom-2011-2015/Publikasjoner/handlingsplan-for-forebygging-og-behandling-av-kronisk-nyresykdom-2011-2015.pdf>

*Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. (Veileder IS-1972). Oslo: Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt, Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

*Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Lokalisert på http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

*Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93, 157-168. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>

- *McCarley, P. (2009). Patient Empowerment and Motivational Interviewing: Engaging Patients To Self-Manage Their Own Care. *Nephrology Nursing Journal*, 36(4), 409-413. Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=52fb9b7a-4026-4f95-913f-ac78cb9cc387%40sessionmgr111&vid=2&hid=127>
- *Mulimba, A. A. C. & Byron-Daniel, J. (2014). Motivational interviewing-based interventions and diabetes mellitus. *British Journal of Nursing*, 23(1), 8-14.
- *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- *Noordman, J., Weijden, T. v. d. & Dulmen, S. v. (2012). Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 89, 227-244. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.006>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-1. (2013).

Ribu, L. (2008). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3 - klinisk sykepleie*. (s. 471-520). Oslo: Akribe AS.

*Russell, C. L., Cronk, N. J., Herron, M., Knowles, N., Matteson, M. L., Peace, L. & Ponferrada, L. (2011). Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS). *Nephrology Nursing Journal*, 38(3), 229-236.

*Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Antall dialysepasienter i Norge øker – Hvordan møte denne utviklingen best mulig i årene fremover?* (Rapport). Lokalisert på <http://www.nephro.no/foreningsnytt/rapportdialyse2006.pdf>

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.