



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Kronisk Nyresvikt- Når Livet Endres

Chronic Kidney Failure- When Life  
Changes

**Kandidatnummer:220**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Førde

Innleveringsdato 09/06/23

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	5
Abstract .....	6
1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunnen for tema.....	7
1.2 Hensikt .....	7
1.3 Problemstilling .....	8
1.4 Formål og avgrensning av problemstilling .....	8
1.5 Begrepsavklaring .....	8
2 Teori .....	9
2.1 Sykepleierollen og lovverk .....	9
2.2 Kronisk nyresvikt.....	9
2.2.1 Symptomer.....	10
2.2.3 Behandling ved kronisk nyresvikt .....	10
2.3 Mestringsstrategier.....	10
2.3.1 Emosjonelt orientert mestring .....	11
2.3.2 Problemorientert mestring .....	11
2.3.3 Sykepleierens og pasientens rolle ved mestringsstrategi.....	11
2.4 Motivasjon .....	11
2.4.1 Indre motivasjon og ytre motivasjon .....	12

2.4.2 Motiverende samtale.....	12
2.5 Kommunikasjon av Joyce Travelbee .....	13
2.5.1 Kommunikasjonsprosessen .....	13
3 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie som metode.....	14
3.3 Søkeprosess.....	14
3.3.1 Søkeprosess- bøker.....	14
3.3.2 Søkeprosess- Litteratursøk .....	15
3.3.3 PICO .....	15
3.5 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	16
3.6 Kildekritikk .....	16
3.6.1 Kort presentasjon av valgte artikler .....	17
4 Funn fra forskning .....	18
4.1 Mestring .....	18
4.2 Motivasjon .....	19
4.3 Motiverende intervju.....	19
4.4 Forholdet med helsepersonell .....	20
5 Drøfting .....	21
5.1 Den første tiden.....	21
5.2 Møte personer med kronisk nyresvikt.....	23
5.3 En relasjon er etablert .....	24

5.4 Motiverende samtale .....	26
6 Konklusjon .....	28
7 Kildeliste .....	30
Vedlegg .....	
Vedlegg 1 - Utvalg av søkeord .....	
Vedlegg 2 - PICO.....	
Vedlegg 3 - Søkestrategi .....	
Vedlegg 4 - Litteratormatrise.....	

# Sammendrag

**Tittel:** Kronisk nyresvikt- Når livet endres

**Bakgrunn for valg av tema:** Flere og flere får kronisk nyresvikt og dette er et økende problem i verden. En viktig del av behandlingen er livsstilsendringer. I praksis kan dette for mange være en vanskelig prosess med store endringer.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos personer med kronisk nyresvikt

**Metode:** Oppgaven bruker litteraturstudie som metode

**Oppsummering av funn:** En person vil håndtere livsstilsendringer som følger med kronisk nyresvikt på forskjellige måter. Noen vil helst unngå å ta ansvar for egen behandling og har en distanserende strategi. Andre har en konfronterende strategi, og vil prøve å løse problemer. Flere funn indentifiserte at indre motivasjon, godt sosialt nettverk og kunnskap er viktig for å kunne mestre livsstilsendringer. For en sykepleier er det viktig å bli kjent med personen og selv ha nok kunnskap om kronisk nyresvikt slik at de kan gi råd om sykdom og mestring. Motiverende intervju er en samtaleteknikk som kan bli brukt av sykepleier for å styrke en persons indre motivasjon og bidra til mestring.

**Konklusjon:** For at sykepleieren skal kunne bidra til mestring er det flere faktorer som spiller inn. Samarbeid mellom sykepleier og personen med kronisk nyresvikt vil være viktig. En sykepleier kan bidra med å forstå en persons individuelle behov og bruke motiverende teknikker for å oppnå mestring. Samtidig må også personen som har kronisk nyresvikt ta ansvar for egen behandling og finne sin indre motivasjon for livsstilsendringer.

**Nøkkelord:** Mestring, motivasjon, kronisk nyresvikt, kommunikasjon, motiverende samtale

# Abstract

**Title:** Chronic kidney failure- When life changes

**Background:** More and more people get chronic kidney failure, and it is an increasing problem in the world. An important part of the treatment is lifestyle changes. This can be a hard process with big changes.

**Research question:** How can a nurse help people cope with chronic kidney failure

**Method:** The assignment uses literature study as method

**Results/findings:** A person will manage lifestyle changes that come with chronic kidney failure in different ways. Some would rather avoid taking responsibility for their own treatment and have a distancing strategy, Others have a confrontational strategy, and try to solve problems. Several findings identified that intrinsic motivation, a good social network and knowledge are important to be able to master lifestyle changes. For a nurse, it is important to get to know the person and have enough knowledge about chronic kidney failure in order to give advice about the disease and coping. Motivational interviewing is a conversation technique that can be used by nurses to strengthen a persons` intrinsic motivation and coping.

**Conclusion:** In order for nurses to be able to help coping, several factors come into play. Collaboration between the nurse and the person with chronic kidney failure will be important. A nurse can help understand a person`s individual needs and use motivational techniques to achieve coping. At the same time, the person with chronic kidney failure must also take responsibility for their own treatment and find their intrinsic motivation for lifestyle changes,

**Keywords:** Coping, motivation, chronic renal failure, communication, motivational interview

# 1 Innledning

Tenk deg at du en dag får en diagnose du egentlig ikke har så mye kunnskap om. Ja, la oss si kronisk nyresvikt. Du får beskjed om at du bør endre livsstil slik at ikke nyresvikten forverres, men du aner ikke hvordan.

Ifølge verdens helseorganisasjon står NCD (Noncommunicable diseases- ikke-smittsomme sykdommer) for 74 % av alle dødsfall i hele verden (Esiebo, u.å.), og dette inkluderer kroniske sykdommer. Årsaken til at kroniske sykdommer står for så mange dødsfall i verden handler om helseatferd og vaner som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol, som har stor innvirkning på NCD. Om man ikke forbedrer helseatferd får dette konsekvenser på individnivå, familier, for samfunnet og for helsevesenet (Esiebo, u.å.). Kronisk nyresvikt er et økende problem blant befolkningen i verden og også i Norge (Gulbrandsen, 2017. s.121). Konsekvenser for ubehandlet kronisk nyresvikt er dialyse, og i Norge er det om lag 1600 personer som får en eller annen form for dialysebehandling (NHI, 2022). Mange med kronisk nyresvikt har også større risiko for hjerte- og karsykdommer sammenlignet med nyrefriske (Gøransson & Larsen, 2019, s.314). Kronisk nyresvikt er en irreversibel tilstand, men de som er i tidlig stadium kan forbygge forverring av sykdommen, gjennom livsstilsendringer (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.490).

## 1.1 Bakgrunnen for tema

Kronisk nyresvikt og livsstilsendringer har bakgrunn fra erfaringer gjort i praksis på en dialyseavdeling. Personene som fikk dialysebehandling, fortalte at noe av det som var vanskelig var alle endringene som måtte gjøres i forhold til kosthold og trening. Det var mye å huske og tenke på, og noen av dem gjorde ingen av endringene fordi de ikke orket. Med dette i minnet ble det funnet mer informasjon om hva man kan gjøre for dem med kronisk nyresvikt. Blant annet var forebygging en stor del av behandlingen, i og med at kronisk nyresvikt ikke kan bedres dersom skaden allerede har skjedd.

## 1.2 Hensikt

Oppgaves hensikt ønsker å sette søkelys på akkurat denne pasientgruppen som må gjennom endringer i livet sitt for å forebygge sykdomsutvikling. For å formulere en problemstilling som skulle ta utgangspunkt i dette, ble Joyce Travelbees forklaring på sykepleie brukt. Hun sier at «sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren hjelper et individ eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2014, s. 29). Med dette utgangspunktet vil mestring av kronisk nyresvikt være sentralt for hvordan en person selv kan leve med sykdommen.

### **1.3 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos personer med kronisk nyresvikt*

### **1.4 Formål og avgrensning av problemstilling**

Problemstillingen avgrenses til personer med kronisk nyresvikt, der personen er i stadium 1-4. De trenger enda ikke nyreerstattende behandling som dialyse. Disse personene finner man ofte i poliklinisk sammenheng, og det er her sykepleier kan utøve sin rolle ved å bidra til mestring. Personene er over 18 år, uavhengig kjønn. Oppgaven vil først og fremst omtale dem med kronisk nyresvikt som en person, men det vil være steder der pasient brukes, da det er i sammenheng med for eksempel forskning og teoretisk bakgrunn. Dette er fordi forskning og teori ofte omtaler dem med kronisk nyresvikt som pasienter. Selv om personen enda ikke trenger nyreerstattende behandling, må de fleste likevel gjøre en rekke livsstilsendringer for å forebygge forverring av nyresvikt. Målet er at personen selv skal kunne ta valg og beslutninger som gjør at de kan mestre livsstilsendringer og også mestre sin egen sykdom. Oppgaven vil ikke gå i dybden på hvilke livsstilsendringer en person med kronisk nyresvikt må gjøre, som hvor mye fysisk aktivitet de trenger og type kosthold de må følge osv. Formålet med oppgaven blir da å se på hvordan man kan mestre disse endringene, gjennom mestringsstrategier, motivasjon, motiverende samtaler og kommunikasjon. Sykepleieren sin rolle vil være å bidra til mestring slik at personen kan få innsikt og forståelse for egen sykdom.

### **1.5 Begrepsavklaring**



Mestring defineres av Lazarus og Folkman da teorien deres om mestringsstrategi blir brukt i kapitlet om mestring.

Mestring defineres som *et kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser* (Lazarus & Folkman, 1984, s.141). Ut ifra denne definisjonen vil da kravene som personen må mestre være livsstilsendringer.

## 2 Teori

Teorien vil omhandle sykepleierollen, forklaring på kronisk nyresvikt og behandling, mestringsstrategier, indre og ytre motivasjon, motiverende samtale, samt teorien om kommunikasjon av Joyce Travelbee.

### 2.1 Sykepleierollen og lovverk

Yrkesetiske retningslinjer sier at «sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» og «understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). En sykepleier har flere funksjoner, blant annet helsefremming og forebygging (Kristoffersen et al., 2019, s.17). Ifølge The Ottawa charter for health promotion og WHO omfatter helsefremmende arbeid prosesser som setter personer i stand til å forbedre sin egen helse, for eksempel å mestre kronisk sykdom. Sykepleierens forebyggende funksjon kan omhandle forebygging av nye helseproblemer som kan oppstå hos mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2019, s.18). Som pasient har en rett til å medvirke i egen behandling, og at informasjon som blir gitt av helsepersonell må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1,1999).

### 2.2 Kronisk nyresvikt

Nyrene har mange oppgaver. De skal blant annet holde forholdene i kroppen stabile, skille ut

avfallsstoffer og er viktige for syre-base-balansen (Sand et al., 2019, s.444). Når tre av nyrenes hovedfunksjoner er sterkt redusert eller gått tapt, det vil si utskilling av avfallsstoffer, regulering av væske- og elektrolyttbalansen og den endokrine funksjonen, oppstår kronisk nyresvikt (Gulbrandsen, 2017, s.120). Kronisk nyresvikt deles inn i fem stadier der nyrefunksjonen svekkes parallelt med at nyreskaden forverres. Stadium 1-2 er mild nyresvikt. Stadium 3 er moderat nyresvikt. Stadium 4 er alvorlig nyresvikt. Stadium 5 er terminal nyresvikt, og da er nyreerstattende behandling er nødvendig (Gulbrandsen, 2017, s.121).

### *2.2.1 Symptomer*

Både lett og moderat nedsatt nyrefunksjon gir i liten grad symptomer. Det er det vanlig at pasienten opplever anemi, metabolske forstyrrelser og tretthet. De vanligste symptomene er slapphet, kløe, kvalme, nedsatt matlyst, indre frost, økt vannlatning, kribling og kramper, muskelsvakhet, tørr og gulfarget hud og forhøyet blodtrykk. Ved alvorlig nyresvikt er symptomene som regel framtrede (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.491). Studier viser også at forekomst av depresjon og angst er høy blant personer med kronisk nyresvikt. Den kognitive funksjonen er også nedsatt hos mange (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.496).

### *2.2.3 Behandling ved kronisk nyresvikt*

Det er ikke uvanlig at nedsatt nyrefunksjon oppdages ved tilfeldigheter. Nedsatt nyrefunksjon er som regel irreversibel. Jo tidligere nedsatt nyrefunksjon oppdages, jo tidligere kan forebygging av utvikling starte (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.490). I tidlig stadium vil en stor del av behandling være å tilrettelegge for endringer som bidrar til en sunnere livsstil. Livsstilsendringer som å slutte å røyke, følge kostråd og mer fysisk aktivitet kan redusere blodtrykk, fettverdier og stabilisere blodsukkernivå. Dette kan forebygge sykdomsutviklingen (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.495). Når kronisk nyresvikt når endestadiet finnes to behandlingsformer, enten nyretransplantasjon eller dialyse (Gøransson & Larsen, 2019, s. 316). Dialyse som behandlingsform blir sett på som erstatning av manglende nyrefunksjon (Gøransson & Larsen, 2019, s.317).

## **2.3 Mestringsstrategier**

Et perspektiv på mestring fremhever at behovet for sykepleie oppstår spesielt når et menneske opplever en forandring i sin livssituasjon. Utfordringene som følger å mestre de nye forandringene i livssituasjonen medfører stress (Benner & Wrubel, 1989, i Gonzales, 2021, s. 48). Psykologene Lazarus og Folkman skiller mellom to typer mestringsstrategier som bidrar til å redusere stress, kalt emosjonelt orientert mestring og problemorientert mestring.

### *2.3.1 Emosjonelt orientert mestring*

Den ene strategien blir kalt emosjonelt orientert mestring. Denne gruppen består av kognitive prosesser som skal redusere emosjonelt stress. Dette inkluderer strategier som å unngå situasjonen, bagatellisering, selektiv oppmerksomhet og fornektelse (Lazarus og Folkman, 1984, s.150). Emosjonelt orientert mestringsstrategi blir sett på som en forsvarsmekanisme for å kunne håndtere en vanskelig situasjon (Lazarus og Folkman, 1984, s.151).

### *2.3.2 Problemorientert mestring*

Den andre strategien blir kalt problemorientert mestring. Denne gruppen består av strategier der man definerer problemet, ser på ulike løsninger og veier alternativenes fordeler og ulemper (Lazarus og Folkman, 1984, s.152). Som regel vil problemorientert- og emosjonelt orientert mestringsstrategi begge samarbeide og utfylle hverandre i mestringsprosessen (Lazarus og Folkman, 1984, s.153).

### *2.3.3 Sykepleierens og pasientens rolle ved mestringsstrategi*

Med utgangspunkt i Lazarus og Folkman sin teori om mestring blir sykepleierens rolle å styrke pasientens muligheter på en aktiv og direkte måte. Det å leve med kronisk nyresvikt kan for mange innebære omfattende krav som rettes mot personen. I denne prosessen kan det være viktig å få hjelp av en utenforstående samtalepartner. En person som har kunnskap om sin situasjon, får delta i beslutninger og mulighet for å gjøre noe selv, kan føle kontroll og mestring. For å kunne delta i egen behandling krever det også egen innsats fra personen selv (Kristoffersen, 2019, s.265).

## **2.4 Motivasjon**

Motivasjon blir som regel definert rundt hva som driver en person til handling (Ryan & Deci, 2017, s.13). Her vil motivasjon bli beskrevet ut ifra selvbestemmelsesteorien.

Selvbestemmelsesteorien foreslår at noen former for motivasjoner drives av interesser og verdier, mens andre drives av press utenfra selv om det ikke er av interesse for personen (Ryan & Deci, 2017, s.14).

#### *2.4.1 Indre motivasjon og ytre motivasjon*

Selvbestemmelsesteorien skiller mellom indre motivasjon og ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000, i Vallerand & Ratelle, 2002, s.37). Indre motivasjon er atferd som gjøres ut av interesse og tilfredsstillhet, som gir følelsen av glede. Ytre motivasjon er atferd som gjøres på grunn av påvirkninger utenfra, som for eksempel å bli sosialt godkjent av andre (Ryan & Deci, 2017, s.14). Motivasjon er komplekst, og forskjellig motivasjon kan ses å komme fra forskjellige nivåer som driver en persons motivasjon mot en spesifikk handling. Noens personlighet kan være disponert for å like fysisk aktivitet, noe som kan gjøre at en har indre motivasjon for å drive med for eksempel sport, fordi det er tilfredsstillende for personen (Vallerand & Ratelle, 2002, s.39). Ytre motivasjon kan endres til indre motivasjon hvis selve konteksten forandres (Vallerand & Ratelle, 2002, s.38). For eksempel kan press fra det sosiale nettverket være ytre motivasjon for noen til å drive med sport. Atferd eller handling drevet av ytre motivasjon kan få en person til å føle utilfredshet. Det kan føre til at personen gjør det dårligere eller slutter med den spesifikke handlingen. Indre og ytre motivasjon kan også drive motivasjon sammen. En person kan være ytre motivert til å drive med sport, men kan få indre motivasjon hvis de får glede av å være med andre mennesker (Vallerand & Ratelle, 2002, s.39). Dette kan bidra at personen instinktivt ønsker å fortsette med en atferd eller handling, og blir mer indre motivert fordi de opplever mer tilfredsstillelse (Vallerand & Ratelle, 2002, s.40).

#### *2.4.2 Motiverende samtale*

William R. Miller og Steven Rollnick har utviklet en effektiv og anerkjent samtaleteknikk kalt motiverende samtale. Det blir definert som «en samarbeidsbasert samtalestil, der målet er å styrke en persons indre motivasjon og forpliktelser for endring». Sykepleierens rolle blir å styre samtalen i en hensiktsmessig retning (Miller & Rollnick, i Hestvold, 2021, s.140). Under slik samtaler kan pasienter ofte oppleve ambivalente følelser når ønsker og behov ikke lar seg

realisere. En sykepleier kan hjelpe pasienten å veie de positive konsekvensene opp mot de negative konsekvensene av atferden. For eksempel kan pasienten selv fortelle om ulike utsagn om dagens situasjon eller atferd, og ulemper med dem (Hestvold, 2021, s.144).

## **2.5 Kommunikasjon av Joyce Travelbee**

Helse som begrep dreier seg om å hjelpe den enkelte til å forebygge og mestre sykdom, eller til å opprettholde best mulig helsetilstand (Travelbee, 2014, s.31). Helse kan ses å ha et subjektivt perspektiv og et objektivt perspektiv. Subjektiv helse defineres som individuelt og er den enkeltes vurdering av sin fysiske, emosjonelle og åndelige tilstand. En person kan objektivt bli diagnostisert som «syk» av en lege, men subjektivt definere seg selv som frisk (Travelbee, 2014, s.32). Personer som har en ikke-aksepterende holdning kan la være å følge råd og tiltak, og dette kan ha flere årsaker. Det kan komme av frykt, angst og depresjon. Sykepleier kan ikke vite hva som er årsaken før man får det bekreftet av personen selv (Travelbee, 2014, s.239). Forebygging av forverring av sykdom innebærer for sykepleieren å hjelpe syke mennesker til «å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene» (Travelbee, 2014, s.35).

### *2.5.1 Kommunikasjonsprosessen*

Kommunikasjonsprosessen av Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som en kontinuerlig prosess, der en overfører meninger eller budskap gjennom individer (Travelbee, 2017, s.138). Målet med en interaksjon er ifølge Travelbee «å lære den syke å kjenne, å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov og å oppfylle sykepleierens mål og hensikt» (Travelbee, 2017, s.139). En sykepleier må ha visse forutsetninger for at interaksjonsprosessen skal kunne skje. Dette innebærer innsikt i hva, hvorfor og hvordan en kan samhandle og kommuniserer for å oppnå mål og hensikt med interaksjonen (Travelbee, 2017, s.139-140).

Å lære den syke å kjenne innebærer for sykepleieren å skille sine egne behov og ønsker fra andres behov og ønsker. Man finner fram til den sykes individuelle behov, og det «å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket» (Travelbee,

2017, s.141). Hvordan en pasient håndterer påkjenninger vil variere fra hver enkelt. Hvis en sykepleier kjenner pasienten godt er det lettere å ha innsikt i pasientens situasjon (Travelbee, 2017, s.141).

## 3 Metode

I denne delen av oppgaven skal metoden som er brukt bli presentert. Deretter vil fremgangsmåte for søk etter forskningsartikler bli beskrevet og hvilke kriterier som ble satt for utvelgelse av de aktuelle artiklene.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

En metode er den fremgangsmåten en benytter seg av for å systematisk kunne samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Problemstillingen avgjør hvilken metode som er mest hensiktsmessig (Thidemann, 2023, s.74). For denne oppgaven og høyskolens egne retningslinjer er det valgt at litteraturstudie er den mest hensiktsmessige for å kunne belyse problemstillingen. Litteraturstudie er en metode som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Her samler man inn litteratur og forskningsartikler som omhandler tema og går kritisk igjennom dem (Thidemann, 2023, s.77). En litteraturstudie har som hensikt å gi den som leser en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området som problemstillingen etterspør. Den skal også beskrive hvordan man har kommet frem til kunnskapen som er presentert (Thidemann, 2023, s.78).

### 3.3 Søkeprosess

Søkeprosessen ble gjort etter Thideman (2023) sin egen beskrivelse.

#### 3.3.1 Søkeprosess- bøker

For å finne litteratur har det blitt brukt relevant pensumlitteratur som omhandler nyresvikt, mestring, motivasjon, motiverende intervju og kommunikasjon. Det er etterstrebet å bruke

primærkilder og pensum fra nyere dato, men det lot seg ikke alltid gjøre. Derfor er det også brukt sekundærkilder der primærkilder ikke var mulig eller tilgjengelig.

### 3.3.2 Søkeprosess- Litteratursøk

Fremgangsmåten for et systematisk litteratursøk ble gjennomført i ulike trinn. Litteratursøket startet med å finne relevante søkeord ved hjelp av PICO. Disse søkeordene ble oversatt til engelsk for å utvide søket. Det ble også laget synonymer til søkeordene. Søkeordene ble plassert i et PICO-skjema, vedlegg 2. Når søkeordene var valgt ut ble de brukt i ulike databaser med forskjellige kombinasjonssøk. Når man utfører et søk er det vanlig å bruke de boolske operatorene AND, OR og NOT. Ved bruk av AND kan databasene kombinere søkeordene slik at treffene omhandler alle søkeordene. Ved bruk av OR får en treff som enten inneholder ett eller flere synonymer (Thidemann, 2023, s.87). NOT ble ikke brukt i søkeprosessen, for å ikke ekskludere artikler. For å ikke miste treff ble søkene gjort ved bruk av ulike kombinasjoner, ved å søke på ett og ett søkeord, for så å kombinere dem med AND. OR ble ikke brukt i søkeprosessen fordi treffene ble for begrenset når man gjorde dette. Databasene som ga mest relevante treff var Medline EBSCO og CINAHL, men andre databaser ble også forsøkt. Ved hvert av søkene ble treffene vurdert om de var godt nok avgrenset slik at en kunne klare å se gjennom alle. Deretter ble det gjort et raskt overblikk over de første overskriftene, for å se om noen var relevante. Ifølge Thidemann (2023, s.88) er dette trinn 5 av selve søkeprosessen. Trinn 6 er dokumentasjon av søkestrategien, noe som er vesentlig for å kunne gjenta det samme søket (Thidemann, 2023, s.89). Søkestrategi er lagt ved som vedlegg 3.

### 3.3.3 PICO

Som sagt er PICO-skjema brukt i søkeprosessen. PICO er et rammeverk som skal hjelpe i arbeidet med å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar (Thidemann, 2023, s.82). Hver bokstav i PICO betegner et element som skal være med (Helsebiblioteket, 2021). PICO er i utgangspunktet laget for kliniske effektspørsmål, og derfor vil bruk av alle bokstavene kunne være vanskelig for en del problemstillinger (Thidemann, 2023, s.84). Med bakgrunn i dette blir C ikke brukt, fordi problemstillingen ikke skal sammenligne noe. Forklaring på hvordan søkeordene ble valgt ut er lagt som vedlegg 1.

Grunnen til dette er fordi det å lage forklaring på selve søkeordene gjorde det lettere å finne synonymer. Selve PICO-skjema er vedlegg 2.

### **3.5 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Alle søk ble avgrenset til artikler fra årstall 2013-2023, slik at artiklene ikke skulle være for gamle. Artikler eldre enn dette ble ikke gjennomgått, da relevansen ble ansett som svekket. Artiklene som ble valgt ut var stort sett fra 2018-2023, men det ble heller ikke utelukket at en artikkel fra 2013 kunne være like relevant. Søkene ble i tillegg også avgrenset til «Peer Reviewed» for å være sikker på at artiklene var godkjent av en komité. Personene som var deltakere, måtte ha kronisk nyresvikt. Artikler som inneholdt andre kroniske sykdommer ble ekskludert, da det kunne være vanskelig å skille resultatene fra dem og kronisk nyresvikt. Alle typer metoder ble inkludert i søket, men kvalitative metoder og oversiktsartikler ble prioritert ved gjennomlesing. I søkeprosessen ble det klart at det er begrenset med forskning. Mye av forskningen er av nyere dato, noe som gjorde at søkene ga mellom 20-70 treff når avgrensningene var gjort og med ulike kombinasjon av søkeord. 4 av artiklene var fra Medline og 1 var fra CINAHL. Flere var også funnet i begge databasene.

### **3.6 Kildekritikk**

Artikler som fremstod relevante på bakgrunn av overskrift, årstall, land og artikkelens egne «keywords» ble åpnet og sammendraget ble lest gjennom. Noen punkter som ble vurdert var (Thidemann, 2023, s.90):

- Er informasjonen relevant for problemstillingen?
- Er informasjonen fra nyere dato?
- Er det et tidsskrift med fagfelleevaluering?

Artikler som «bestod» disse punktene ble grundig gjennomlest og vurdert ved bruk av sjekklister for kvalitative studier og oversiktsartikler fra helsebiblioteket (2016), da det var de sjekklistene som var mest relevante. I tillegg ble en artikkel som var fra et seminar valgt ut og vurdert som relevant fordi den kunne supplere med informasjon om motiverende samtale. Det ble tatt stilling til hvilket land studien var gjort i, slik at den kunne være relevant for Norge. Artiklene er fra Norge, Nederland, Australia og USA. Land utenfor Norge har ofte et annet helsesystem og andre regler, i tillegg til andre verdier og normer. Dette kan ses på som en



svakhhet ved valg av funn. Likevel er resultatene vurdert som relevante for oppgaven da funn fra artikkelen fra Norge ligner på funn gjort i de andre artiklene fra andre land. I alle artiklene har deltakerne kronisk nyresvikt i ulik grad, noe som igjen kan styrke valg av funn fordi behandlingen mest sannsynlig vil være lik for personer med kronisk nyresvikt, slik som endring av livsstil. I flere er helsepersonell også deltakere, ofte for å undersøke deres perspektiv. Alle artiklene bortsett fra 1 er fra 2019-2022, noe som gjør informasjonen oppdatert.

### *3.6.1 Kort presentasjon av valgte artikler*

En litteraturmatrikse, lagt til som vedlegg 4, er utarbeidet for å få en oversikt over hovedelementene og viktig informasjon om hver artikkel (Thidemann, 2023, s.95). Nå vil en kort presentasjon av artiklene bli beskrevet for å gi bakgrunn i funnene.

*Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study* (Stømer et al., 2020) er en norsk kvalitativ studie som ble valgt ut på bakgrunn av at den utforsket personer og helsepersonells holdninger og atferd til kronisk nyresvikt i Norge.

*Psychosocial barriers and facilitators for adherence to a healthy lifestyle among patients with chronic kidney disease: a focus group study* (Cardol et al., 2022) er en nederlandsk kvalitativ studie som ble valgt ut fordi den utforsket de psykologiske barrierene for livsstilsendringer.

*A longitudinal qualitative study to explore and optimize self-management in mild to end stage chronic kidney disease patients with limited health literacy: Perspectives of patients and health care professionals* (Boonstra et al., 2022) er en kvalitativ studie også fra Nederland som skulle identifisere strategier for mestring, noe som var relevant. Den hadde også perspektiv fra både pasienter og helsepersonell.

*Lifestyle behaviour change for preventing the progression of chronic kidney disease: a systematic review* (Evangelidis et al., 2019) er en oversiktsartikkel der 26 artikler ble involvert som omhandlet barrierer for livsstilsendringer hos personer med kronisk nyresvikt. Denne ble valgt fordi den tok for seg mange ulike artikler fra flere land, noe som kan gi et bredere forståelse for barrierer.

Den siste artikkelen er fra et seminar som handlet om hvordan man kan bruke et motiverende intervju kalt *Motivational interviewing for patients with chronic kidney disease* (Sanders et al., 2013). Selv om den ikke er kvalitativ eller en oversiktsartikkel ble den tatt med da den beskrev godt hvordan motiverende samtale kan brukes. I tillegg var en av de få som fokuserte på personer med kronisk nyresvikt og motiverende samtale.

## 4 Funn fra forskning

Søkeprosessen førte til fem forskningsartikler som hadde elementer fra fire tema. Funnene blir presentert som en tematisk oppsummering. Temaene er mestring, motivasjon, motiverende samtale og perspektiver fra helsepersonell og pasient.

### 4.1 Mestring

To hovedstrategier basert på hvordan en person selv angrep en situasjon ble identifisert i forskningen til Strømer et al. (2020). Noen hadde en konfronterende strategi og søkte etter informasjon. Disse personene var problemorienterte og ønsket å lære mer og ha en aktiv rolle i sin egen behandling (Strømer et al., 2020, s.5). Den andre strategien hadde en distansert strategi og søkte selv ikke etter informasjon. Bonnstra et al. (2021) sin forskning så at for mange var det å ta ansvar for egen helse et problem. Flere unngikk å ta ansvar fordi de følte at de allerede hadde gjort nok endringer. Ansvar kunne også bli lagt over på andre, som familie (Boonstra et al., 2021, s.91). Cardol et al. (2022) erfarte ifølge helsepersonell at de personene med kronisk nyresvikt som hadde mest suksess i endring av livsstil var dem som var strukturerte og plikttoppfyllende og hadde et godt sosialt nettverk. De hadde i tillegg kunnskap om sykdommen, indre motivasjon, emosjonelt god status, var optimistiske og hadde

akseptert sykdommen. Personer som så på kronisk nyresvikt som ute av sin kontroll hadde vanskeligere for å gjøre endringer når det gjaldt deres egen livsstil. De kunne ofte skylde på faktorer utenfor, igjen ofte familie. Negative emosjoner som nedstemthet og depresjon gjorde livsstilsendringer vanskeligere (Cardol et al., 2022, s.9).

## **4.2 Motivasjon**

I noen av forskningsartiklene ble det presentert funn som var relatert til hva som kan fremme og hemme motivasjon for å mestre livsstilsendringer.

Strømer et al (2020) identifiserte at personer som ikke ønsket å lære om kronisk nyresvikt ofte var relatert til angst og bekymringer (Strømer et al., 2020, s.5). De ønsket å unngå ubehagelige følelser som oppstår ved det å få økt kunnskap (Strømer et al., 2020, s.7).

Boonstra et al. (2021) så også at negative følelser ga mindre motivasjon til livsstilsendringer slik som håpløshet, frykt og ensomhet. Flere mistet motivasjon til å gjøre endring dersom nyresvikten ikke ble bedre, men verre (Boonstra et al., 2021, s.93). Hvis livet ble vanskelig var det lett å falle tilbake til gamle vaner (Boonstra et al., 2021, s.91). Cardol et al. (2022) så for eksempel at personer uten symptom hadde vanskeligere for å gjøre endringer i sin livsstil (Cardol et al., 2022, s.8). Synlige endringer og resultater av endringer som var blitt gjort, slik som vektnedgang og økt energinivå, ga mer motivasjon til å fortsette den sunne livsstilen (Cardol et al., 2022, s.10). Evangeladis et al (2019) fant ut slik som flere av de nevnte resultatene at det sosiale miljøet og støtte fra familie kan bedre livsstilen til personer med kronisk nyresvikt (Evangeladis et al., 2019, s.14).

## **4.3 Motiverende intervju**

Noen av forskningsartiklene omhandlet motiverende intervju. Evangelidis et al. (2019) identifiserte at motiverende intervju ofte ble brukt for å bedre mestring av diett, livsstil og fysisk aktivitet. Det å gi deltakeren mål og ha fokus på positive resultat, kunne øke selvtillit og bidra til endring av livsstil (Evangelidis et al., 2019, s.6). Sanders et al. (2013) beskrev ut ifra Miller og Rollnick (Miller & Rollnick, i Sanders et al., 2013, s.175) sin samtalem metode en «oppskrift» på hvordan et motiverende intervju kunne bli utført hos personer med kronisk

nyresvikt som skal endre livsstil. Samtalemotoden består av fire punkter: Engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge. «Engasjere» vil være å etablere eller reetablere en rapport med pasienten. Her stilles åpne spørsmål om pasientens helse, bekymringer og refleksjoner fra pasientens synspunkt (Sanders et al. 2013, s.176). For eksempel kan man si: «Jeg har forstått det slik at du vil øke din fysiske aktivitet for å bedre blodtrykket ditt?»

«Fokusere» er at en sammen med pasienten skal velge det viktigste emne eller atferd som en vil endre eller forbedre (Sanders et al., 2013, s.176-177). «Fremkalle» vil si å finne pasientens egne motivasjoner for å endre atferd. Det er flere måter å finne ut hva pasienten vet og hvilken motivasjon han eller hun har. For eksempel utveksling av informasjon som hva pasienten vet om diett i forhold til kronisk nyresvikt. Man kan finne ut pasientens ambivalens for forandringer. Dette vil si at pasienten selv skal si fordeler og ulemper med en endring (Sanders et al., 2013, s.177-178). For eksempel «Hvis jeg spiser sunnere og trener vil jeg forsinke behovet for dialyse i mange år. Hvis jeg ikke spiser sunt og trener kan jeg få hjerteinfarkt og dø før nyrene mine svikter.»

Det fjerde punktet, planlegge, vil si å lage en spesifikk plan for handlingen som skal utføres. Her kan en oppsummere det en har snakket om og få informasjon om pasienten ønsker å fortsette med forandringen. Det er viktig at det er pasienten som planlegger, og at sykepleier er støttespilleren (Sanderes et al., 2013, s.178).

#### **4.4 Forholdet med helsepersonell**

Noen av artiklene omhandlet forholdet mellom pasient og helsepersonell og hvordan det påvirket situasjonen. Deltakerne i forskningen til Strømer et al. (2020) beskrev viktigheten av et godt og tillitsfullt forhold med helsepersonell. Dette ga pasienten en opplevelse av bedre kontroll over situasjonen. Lav terskel for å stille spørsmål til helsepersonell gjorde forholdet bedre. Pasienter som følte at helsepersonell ikke hadde tid til dem opplevde at de ikke kunne stille spørsmål (Strømer et al., 2020, s.6). Pasienter ventet ofte på at helsepersonell selv skulle opplyse pasienten om sykdommen (Strømer et al.,2020, s.5). Helsepersonell i Bonnstra et al. (2021) sin forskning følte at de ikke hadde nok kunnskap om kronisk nyresvikt og

livsstilsendringer til å gi råd om det å mestre sykdommen sin. Det var heller ikke tid til diskusjoner med pasienten. I tillegg opplevde helsepersonell at vanlige strategier som undervisning og motiverende samtale ikke alltid ledet til endring (Boonstra et al., 2021, s.93). Cardol et al. (2022) sine fokusgrupper med helsepersonell diskuterte viktigheten av helsepersonell sin støttende rolle. Det var viktig å ha et bånd med pasienten, og det var enighet om at pasient- sentrert omsorg er nødvendig for at pasienter skal engasjere seg i livsstilsendringene (Cardol et al., 2022, s.8).

## 5 Drøfting

### 5.1 Den første tiden

Når man har nedsatt nyrefunksjon er dette som regel en irreversibel tilstand. Det vil si at jo tidligere det oppdages, jo tidligere kan forebygging av forverring av nyresvikt starte (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.490). Dersom det oppdages i tidlig stadium, kan behandlingen bestå av livsstilsendringen, som endring av kost, mer fysisk aktivitet og slutte å røyke (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.495). Personen bør altså leve et sunnere liv enn de tidligere har gjort. For noen vil dette være en lett prosess, men for andre kan dette være en stor omveltning. Levemåten personen hadde før diagnosen må endres, og hvilke vaner de hadde før vil variere fra person til person, og også måten en håndterer situasjonen på. Om man går ut ifra perspektivet om at store forandringer og utfordringer i livet medfører stress, øker dette også samtidig behovet for sykepleie (Benner & Wrubel, 1989, i Gonzales, 2021, s.48).

Fra sykepleierens perspektiv har man et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dette kan føre til at man fokuserer mye på det medisinske aspektet ved kronisk nyresvikt og hva som er det medisinske korrekte å gjøre. Dette kan være fordi man vet at en sunn livsstil blant annet reduserer blodtrykk, fettverdier og stabilisere blodsukkernivå (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.495). Av erfaring så har man opplevd at det er ikke bare å fortelle en person med kronisk sykdom «hvis du bare spiser sunt og trener mer så ordner det seg». En person må selv ville og ønske forandring. Det er ved slike situasjoner et

annet perspektiv på sykepleie bli relevant for behandlingen og problemstillingen «hvordan kan sykepleiere bidra til mestring». En sykepleier skal ifølge Travelbee både hjelpe den enkelte til å forebygge sykdom, men også mestre sykdom slik at de kan opprettholde best mulig helsetilstand (Travelbee, 2014, s.31). Det samme er også forankret i de yrkesetiske retningslinjene at en sykepleier «understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, u.å., 2019). Dette vil si at sykepleier har en forebyggende funksjon og en funksjon som fremmer helse. For eksempel kan man fremme helse gjennom at pasienten opplever mestring. Men hvordan kan man bidra til at en person opplever mestring?

Hva som fører til mestring henger sammen med hvem man er som person, hvilken bakgrunn man har og hvilken type motivasjon man har. For eksempel viste forskningen til Strømer et al. (2020) at det var som regel en av to hovedstrategier en person brukte når de skulle angripe en ny situasjon. Strategien var enten konfronterende (Strømer et al., 2020, s.4) eller distanserende (Strømer et al., 2020, s.5). De som hadde en konfronterende strategi, søkte aktivt etter informasjon som kunne bidra til forebygging av kronisk nyresvikt. Denne typen strategi støttes av Lazarus og Folkman sin teori om mestringsstrategier, der den blir kalt problemorientert mestring. Denne gruppen definerer problemer, som for eksempel at de har plagsomme symptomer de ønsker å kontrollere, og ser på ulike løsninger og alternativer som gir fordeler og ulemper (Lazarus & Folkman, 1984, s.152). Personer som er problemløser, har ifølge Cardol et al. (2022) mest suksess i endring av livsstil fordi de ofte er strukturerte og pliktoppfyllende (Cardol et al., 2022, s.9). Personer som har en slik strategi og holdning vil kanskje ikke trenge så mye hjelp fra en sykepleier å mestre sin situasjon, men likevel bør man være tilgjengelig dersom de skal trenge hjelp.

På den andre siden, motsatt fra dem som angriper problemet, har man dem som distanserer seg fra situasjonen. For å gå tilbake til Lazarus og Folkman sin teori blir denne typen strategi kalt emosjonelt orientert mestring. Det er ofte kognitive prosesser som skal redusere emosjonelt stress som gjør at en person, kanskje ubevisst, kan velge å bruke en slik strategi (Lazarus & Folkman, 1984, s.150). At symptomer som depresjon og angst er høy hos personer med kronisk nyresvikt er kjent (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.491). Fra erfaring fører ofte depresjon og angst til unngåelse av selve problemet, slik at de negative følelsene

ikke skal bli forsterket. Dette støttes også av Cardol et al. (2022, s.9) og Strømer et al. (2020, s.5) sine studier, der det ble sett at nedstemthet, angst og bekymringer gjorde livsstilsendringer vanskeligere. Strømer et al. (2020) så også at de som ikke ønsket å tilegne seg mer kunnskap om nyresvikt, gjorde dette fordi de ville unngå ubehagelig følelser (Strømer et al., 2020, s.7). Dette er store motsetninger fra dem som ønsker å lære mest mulig om sin egen sykdom. Med tanke på dette kan man tenke seg at problemorientert mestring er den «gode» strategien, mens emosjonelt orientert mestring er den «dårlige». Tvert imot vil som regel begge mestringsstrategiene samarbeide og utfylle hverandre i prosessen mot mestring (Lazarus & Folkman, 1984, s.153).

## **5.2 Møte personer med kronisk nyresvikt**

Personer som helst ønsker å unngå sin egen situasjon er kanskje dem som har mest behov for en utenforstående samtalepartner, slik som en sykepleier (Kristoffersen, 2019, s.265). Dersom en skal ta utgangspunkt i Lazarus og Folkman sin teori om mestringsstrategier bør en sykepleier bidra til å styrke pasientens muligheter til å mestre situasjonen på en aktiv og direkte måte. Men det er ikke bare å begynne direkte å hjelpe pasienten med å mestre sin situasjon. Dersom personen har en ikke-aksepterende holdning til sin egen sykdom kan de la være å følge råd og tiltak. Dette kan igjen komme av emosjonelle faktorer som frykt, angst og depresjon, og fra før vet en at dette har stor innvirkning på hvordan man håndterer situasjoner (Travelbee, 2017, s.239). Det er bare personen selv som kan bekrefte hva årsaken er, og man kan tenke seg at mange kan føle at sitt privatliv og følelser blir invadert av ukjente, slik som en sykepleier ved første møte (Travelbee, 2017, s.239).

Dersom en som sykepleier ønsker å bidra til mestring, bør man opprette en interaksjon med pasienten, der målet ifølge Travelbee vil være «å lære den syke å kjenne, å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov» (Travelbee, 2017, s.139). Samtidig som sykepleieren ønsker å opprette en interaksjon med personen, bør sykepleieren selv ha noen visse forutsetninger før de kan gjøre det. Det vil innebære at sykepleieren har innsikt i hva, hvorfor og hvordan de kan samhandle og kommunisere med personen slik at de oppnår mål og hensikt med interaksjonen (Travelbee, 2017, s.139-140). Målet og hensikten vil da være å hjelpe og bidra til mestring. I prosessen om å lære en person å kjenne bør en som sykepleier klare å skille sine egne behov

og ønsker fra den andre parten sine ønsker og behov. Man kan tenke seg at sykepleiere som har mye kunnskap om helse har et ønske om at personen «bare» skal skjønne at hvis de bare endrer livsstil så kommer livet til å bli mye bedre. Men slik fungerer det som regel ikke. For å bli kjent må man finne hvert enkelt sitt individuelle behov og hva som er unikt ved den personen (Travelbee, 2017, s.141). Ifølge Travelbee blir det lettere å ha innsikt i pasientens situasjon dersom man kjenner dem godt (Travelbee, 2017, s.141). Derimot vil man kunne tenke at lite kjennskap til personen igjen vil føre til lite innsikt, og hensikt og mål om mestring svekkes.

En slik interaksjonsprosess som Travelbee har utviklet støttes også av forskning, der Strømer et al. (2020) også beskrev viktigheten av et godt og tillitsfullt forhold mellom pasient og helsepersonell. Dersom pasienten følte at det var lav terskel for å stille spørsmål, bedret dette forholdet og interaksjonen med helsepersonell, i motsetning til følelse av at de ikke kunne stille spørsmål (Strømer et al., 2020, s.6). Noe lignende viste resultatene fra Cardol et al. (2022), bare fra helsepersonell sitt perspektiv, at pasient-sentrert omsorg er nødvendig for at pasienter skal engasjere seg i livsstilsendringene (Cardol et al., 2022, s.8). Med tanke på Travelbee og forskning viser dette en først bør etablere en type relasjon med personen som trenger hjelp til mestring, før man faktisk kan starte med tiltak som bidrar til mestring.

### **5.3 En relasjon er etablert**

La oss si at en relasjon er etablert og personen har fått et tillitsfullt forhold med sykepleieren. Hva vil være viktig å avdekke for at pasienten skal kunne oppleve mestring? For at en person skal kunne mestre noe, må en også ha motivasjon for å utføre handlingen, slik som endring av kost eller mer fysisk aktivitet (Ryan & Deci, 2017, s.14). Ut ifra selvbestemmelsesteorien er det ulike former for motivasjon som driver en person til å gjøre eller ikke å gjøre ulike handlinger (Ryan & Deci, 2017, s.14). På en side har sykepleieren i første omgang gjort «sin» del av jobben, med å bygge tillit, etablere en relasjon og forsøke å få innsikt i hva som er viktig for personen selv. I tillegg til dette må også sykepleieren ta hensyn til pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) der pasienten har rett til å medvirke i sin egen behandling. Hvis denne loven skal bli etterfulgt må sykepleieren la personen delta i behandlingen i form av å ta beslutninger og mulighet for å gjøre noe selv. Men på den andre siden krever



pasientmedvirkning en innsats fra pasienten selv og ikke bare sykepleieren (Kristoffersen, 2019, s.265). Samtidig, av erfaring, er det ikke slik at en kan følge opp personen på den måten man skulle ønske i en travel hverdag og mange forskjellige personer på jobb. Med bakgrunn i dette kan man gå ut ifra at å mestre en situasjon ikke er en enmannsjobb, men krever samarbeid mellom sykepleier og personen med kronisk nyresvikt i oppfølging av behandling.

For å gå noen steg tilbake til motivasjonsaspektet av mestring, så kan man skille mellom indre motivasjon og ytre motivasjon. Indre motivasjon er atferd som er drevet av interesse og det som gir følelse av glede og tilfredshet. I motsetning til indre motivasjon er ytre motivasjon atferd som er drevet av påvirkning utenfra (Ryan & Deci, 2017, s.14). En kan tenke seg at motivasjon da vil være personlighet- og interesseavhengig. En persons personlighet kan for eksempel være disponert for å like en spesifikk handling, som fysisk aktivitet. Fordi fysisk aktivitet gir personen glede vil det være lettere å endre livsstil, enn for en som ikke føler glede av å være fysisk aktiv (Vallerand & Ratelle, 2002, s.39). Krav fra andre om å endre livsstil og gjøre handlinger som ikke gir følelsen av glede, vil være ytre motivasjon. Atferd som er drevet av ytre motivasjon kan få en person til å føle utilfredshet (Vallerand & Ratelle, 2002, s.39). Dette vil som regel av erfaring føre til at personen mister drivkraften til å gjøre en handling om det ikke gir indre glede. På en annen side kan en i enkelte situasjoner få indre og ytre motivasjon til å bli drevet mot det samme målet, der selve atferden handler om hvilken kontekst man velger å gå ut ifra (Vallerand & Ratelle, 2002, s.39).

Når det gjelder sykepleierens rolle i hva som motiverer en person til å gjøre livsstilsendringer vil det igjen være viktig å kjenne personen og ha innsikt i deres situasjon. Dersom en kjenner personen kan det også være lettere å vite hva som gir indre motivasjon for den enkelte. Det er imidlertid flere elementer som påvirker hva som gir og ikke gir en person motivasjon.

Boonstra et al. (2021) sin studie så at negative følelser ga mindre motivasjon til livsstilsendringer (Boonstra et al., 2021, s.93). Igjen er negative emosjoner et hinder for endring, og kan føre til at en tar i bruk emosjons orientert mestringsstrategi, da motivasjonen for endring gir negative følelser. I tillegg til dette viste også Boonstra et al. (2021) at dersom man faktisk hadde gjort endringer, men ikke så resultater, førte dette til at man mistet motivasjon for å fortsette fordi nyresvikten uansett bare forverret seg (Boonstra et al., 2021,

s.93). I motsetning til ingen resultat, ga synlige resultater mer motivasjon til å fortsette den sunne livsstilen ifølge Cardol et al. (2022), for eksempel vektnedgang. Dette resultatet fra Cardol et al. (2022) kan trekkes tilbake til at kontekst er viktig. Ytre motivasjon slik som oppmuntring fra sykepleier og familie om å endre kosthold og aktivitet, kan på et senere tidspunkt bli «omgjort» til indre motivasjon fordi synlige resultater gir personen glede og tilfredsstillhet. Sammenlagt kan dette føre til at en person mer instinktivt ønsker å fortsette en handling, og da blir mer motivert fordi de opplever mer tilfredsstillelse (Vallerand & Ratelle, 2002, s.40).

## **5.4 Motiverende samtale**

Mestring og motivasjon henger som sagt sammen, og spesielt den indre motivasjonen har til nå vist seg å være viktig for at en person skal kunne oppleve mestring av kronisk nyresvikt. En samtaleteknikk kalt motiverende samtale har som mål å styrke en persons indre motivasjon og forpliktelser for endringer (Miller & Rollnick, i Hestvold, 2021, s.140). Gjennom en slik samtale kan sykepleieren hjelpe pasienten å veie de positive konsekvensene opp mot de negative konsekvensene (Hestvold, 2021, s.144). En person kan synes det er vanskelig å skulle ta ansvar for egen helse, og mange kan også synes de har gjort nok endringer (Boonstra et al.,2020, s.5) og mister indre motivasjon på grunn av dette. Sanders et al. (2013) sin artikkel om motiverende samtale gikk ut ifra oppskriften til Miller & Rollnick, for å se på hvordan man kan bruke en slik samtalemetode hos personer med kronisk nyresvikt (Miller & Rollnick, i Sanders et al.,2013, s.175). Som ved Travelbee sin teori om kommunikasjonsprosessen må man i møte med personen etablere en rapport eller en relasjon der man kan dele bekymringer og refleksjoner (Sanders et al.,2013, s.176).

En viktig del av den motiverende samtalen er å finne pasientens egne motivasjoner for å endre atferd. For eksempel kan en finne ut hva personen selv vet om kronisk nyresvikt og ambivalente utfordringer, altså fordeler og ulemper (Sanders et al.,2013, s.177-178). Hvor mye vet personen om konsekvensene av ubehandlet nyresvikt og hvem har ansvaret for behandlingen? For eksempel så både forskningen til Boonstra et al. (2021, s.91) og Cardol et al. (2022, s.9) at mange la ansvaret for å mestre kronisk nyresvikt over på andre, som familien. Dette kan være relevant informasjon for sykepleieren i den motiverende samtalen,

slik at man får innsikt i hvordan personen selv opplever sin egen situasjon. En person vil ofte ha en subjektiv vurdering av sin egen helse, og kan bli diagnostisert «syk» av lege, men subjektivt definere seg som frisk (Travelbee, 2014, s.32). I og med at både lett og moderat nyresvikt i liten grad gir symptomer, kan det tenkes at noen definerer seg som frisk (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.491). Cardol et al. (2022) så at personer som ikke hadde symptom hadde vanskelig for å gjøre endring (Cardol et al., 2022, s.8). Dersom en ikke har symptomer på sin egen sykdom, kan man tenke seg til at det blir vanskeligere å skulle motivere seg til å gjøre endringer slik at man kan forebygge forverring. Hvorfor skal man orke å endre livsstil når en likevel ikke merker noe ut av sykdommen? Selv om man ikke har symptomer, betyr ikke dette at man ikke er syk. I motsetning vil alvorlig nyresvikt som regel har framtredeende symptomer, og det er kanskje da lettere å gjøre endringer (Bruserud & Ellingsen, 2013, s.491).

Når man har innsikt i hva som kan være hinder og barrierer, blir sykepleierens rolle å styre den motiverende samtalen i en hensiktsmessig retning (Hestvold, 2021, s.140). En kan prøve å oppmuntre personen til å veie de positive fordelene opp mot de negative (Hestvold, 2021, s.144). Man kan tenke at dersom personen har kunnskap om konsekvensene av å ikke endre livsstil, som at man til slutt må ha dialyse (Gøransson & Larsen, 2019, s.317) kan det i starten være en ytre motivasjon. Det er sett i forskning at både kunnskap og et godt sosialt nettverk er viktige faktorer for å kunne mestre og bli motivert til å gjøre livsstilsendringer (Boonstra et al, 2021, s.91, Evangeladis et al.,2019, s.14). Dersom en vet at personen har god kunnskap og et godt sosialt nettverk, kan det gjøre det lettere å veie fordeler opp mot ulemper. For eksempel kan man argumentere sammen med personen om at hvis de lever en sunnere livsstil, kan det forebygge behovet for dialyse i senere tid. Derimot hvis de ikke endrer livsstil, men lar nyresvikten forverre seg, kan det øke både risiko for dialyse og hjerte-kar- sykdommer (Gøransson & Larsen, 2019, s.314), noe som kan føre til mindre tid med familien og færre leveår.

Om motiverende samtale kan bidra til mestring kan diskuteres. Selv om den kan fungere for noen så fungerer det ikke for alle. Helsepersonell som deltok i Boonstra et al. (2021) sin forskning opplevde at strategier som undervisning og motiverende samtale ikke alltid ledet til endring. Dessuten følte også helsepersonell at de ikke hadde nok kunnskap om hvordan man

skulle gi råd for å mestre sykdommen sin (Boonstra et al.,2021, s.93). I praksis kan det være at det ikke er så lett å skulle følge opp personer med motiverende samtaler, dersom man kun møter dem på poliklinikken eller på sykehuset der det etter erfaring er lite tid til samtaler med pasienter. Dette så også forskningen til Boonstra et al. (2021) der helsepersonell følte de ikke hadde nok tid til å ha diskusjoner og samtaler med pasientene (Boonstra et al.,2021, s.93). Med tanke på dette vil det være relevant at også sykepleier har en del kunnskap om kronisk nyresvikt og hvordan en kan bidra til mestring, selv med lite tid til samtaler og diskusjoner.

## 6 Konklusjon

Om det finnes et riktig svar på hvordan en sykepleier kan bidra til mestring av kronisk nyresvikt er ikke noe lett oppgave å ta for seg. Flere elementer spiller inn, både fra sykepleierens side og personen som har kronisk nyresvikt. I oppgaven har det blitt sett på mestringsstrategier, motivasjon, kommunikasjon og motiverende samtale. Totalt sett så henger alt sammen på en eller annen måte. Det å skulle mestre noe kan ikke skje uten motivasjon, og motivasjon kan ikke skje uten mestring. Derfor vil de utfylle hverandre. Indre motivasjon kan bidra til mestring, men det kan også ytre motivasjon dersom det er riktig kontekst. Problemorientert mestringsstrategi kan bidra til mestring, men det kan også emosjonelt orientert mestring fordi det kan hjelpe en person gjennom en vanskelig periode av livet. Hvordan en person håndterer sin kroniske nyresvikt er opp til hver enkelt og en sykepleier kan hjelpe dem i prosessen. En sykepleier kan bidra til mestring ved å bli kjent med en persons levemåte og motivasjon, og om mulig bruke motiverende samtale for å styrke en persons mulighet for mestring. I innledning ble problemstillingen rettet mot at personen med kronisk nyresvikt selv skulle få innsikt og forståelse for sin egen sykdom. Gjennom oppgaven så man derimot at det er like viktig at også en sykepleier har innsikt og forståelse for en persons opplevelse av sin sykdom, for å kunne bidra til mestring. Alt i alt så må begge parter, sykepleier og personen med kronisk nyresvikt, jobbe sammen slik at man kan mestre sykdommen og livsstilsendringer som må til for å forebygge forverring.

For å oppsummere har teori og forskning forsøkt å sette lys på problemstillingen. Teorier som hvordan strategier på mestring og hvordan indre og ytre motivasjon kan påvirke en persons

handlinger gir innsikt i hvorfor noen gjør som man gjør. Samtidig gir forskning et innblikk i personers faktiske tanker og følelser rundt det å skulle endre livsstil når man har kronisk nyresvikt. Hinder for mestring og motivasjon ble ofte påvirket av flere faktorer, som sykdommens forløp, emosjonell status, familie og forholdet til helsepersonell. Tiltak som motiverende samtale kunne også være nyttig. Dette og mer kan være elementer som fører til mestring av kronisk nyresvikt og livsstilsendringer, men det er ikke gitt at dette er det riktige svaret på hvordan en sykepleier skal bidra til mestring.

## 7 Kildeliste

- Boonstra, M.D., Reijneveld, S.A., Westerhuis, R., Tullius, J.M., Vervoort, J.P.M., Navis, G. & de Winter, A.F. (2021) A longitudinal qualitative study to explore and optimize self-management in mild to end stage chronic kidney disease patients with limited health literacy: Perspectives of patients and health care professionals. *ELSEVIER- Patient Education and Counseling* 105 (2022) 88-104.  
10.1016/j.pec.2021.05.016
- Bruserud, F. & Ellingsen, M. (2013). Sykepleie til pasienter med nyresykdom. U. Knutstad (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie- Sykepleieboken 3* (2.utg, s. 487-536). Cappelen Damm Akademisk.
- Cardol, C.K., Boslooper-Meulenbelt, K., van Middendorp, H., Meuleman, Y., Evers, A.W.M. & van Dijk, S. (2022). Psychosocial barriers and facilitators for adherence to a healthy lifestyle among patients with chronic kidney disease: a focus group study. *BMC Nephrology* 23:205. DOI: 10.1186/s12882-022-02837-0
- Esiebo, A. (u.å.). Noncommunicable diseases. *World Health Organization*.  
[https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1)
- Evangelidis, N., Craig, J., Bauman, A., Manera, K., Saglimbene, V. & Tong, A. (2019). Lifestyle behaviour change for preventing the progression of chronic kidney disease: a systematic review. *BMJ Open*; 9:e031625. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031625
- Gonzalez, M.T. (2021). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. M.T. Gonzalez (red.) *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (44-54). Gyldendal.
- Gøransson L. & Larsen, S.M. (2019). Sykdommer i nyrene og urinveiene. S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling* (2.utg, s.297-318). Gyldendal.
- Gulbrandsen, T. (2017). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. Stubberud D-G., Grønseth, R. & A. Hallbjørg (red.) *Klinisk sykepleie 2* (5.utg, s.113-129). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *4.1 sjekklister*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>

Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *2.1 PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Hestvold, I.V. (2021). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter med kroniske sykdommer. L. G., Heyn (red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (118-157). Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. (2019). Livsstil og endring av livsstil. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3- Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s.295-340). Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. (2019). Stress og mestring. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & G.H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3- Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s.237-286). Gyldendal.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (2019). Hva er sykepleie? Sykepleie- fag og funksjoner. N.J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E-A., Skaug & G. H., Grimsbø (red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1- Sykepleie- fag og funksjon* (3.utg., s.15-27). Gyldendal.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company New York.

NHI. (2022, 12. Januar). Dialyse. Norsk helseinformatikk.

<https://nhi.no/sykdommer/nyrerurinveier/diverse/nyredialyse/>

Norsk Sykepleierforbund, (u.å/2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory- Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. THE GUILFORD PRESS
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E., Bjålie, J.G. & Toverud, K.C. (ill.). (2019). *Menneskekroppen- Fysiologi og anatomi* (3.utg.). Gyldendal.
- Sanders, K.A., Whited, A. & Martino, S. (2013). Motivational Interviewing for Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminar in Dialysis*- Vol 26, no 2, pp. 175-179. DOI: 10.1111/sdi.12052
- Stømer, E. U., Wahl, A.K., Gøransson, L.G. & Urstad, K.H. (2020). Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study. *BMC Nephrology* 21:314. DOI: 10.1186/s12882-020-01973-9
- Thidemann, I-J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (7.utg). Gyldendal Akademisk.
- Vallerand, R.J. & Ratelle, C.F. (2002). Intrinsic and Extrinsic Motivation: A Hierarchical Model. E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.). *Handbook of Self-Determination Research* (s.37-65). The University of Rochester Press.



# Vedlegg

## Vedlegg 1 - Utvalg av søkeord

P: Population/patient/Problem Hvem/Hvilke	I: Intervention Hva	C: Comparison Alternativer	O: Outcomes Resultater
Her beskrives typen pasienter	Hvilke tiltak handler det om?	Hvilke alternativer finnes til tiltaket?	Hvordan kan tiltaket påvirke ulike utfall?
Pasienter som har diagnostisert kronisk nyresvikt, men som enda ikke trenger dialyse	Tiltaket handler om livsstilsendringer som kan forebygge forverring av kronisk nyresvikt, slik at de ikke trenger dialyse		Opplevelse av egenmestring, økt kunnskap om egen sykdom og motivasjon for å selv kunne ta vare på egen helse

## Vedlegg 2 - PICO

<b>PICO:</b>	<b>Norsk</b>	<b>Engelsk med synonymer</b>
P	Kronisk nyresvikt	Chronic kidney failure OR Chronic Kidney Disease OR Renal Insufficiency, chronic OR Kidney failure
I	Livsstilsendring	Lifestyle OR Lifestyle adherence OR Health literacy OR Self-manegment
C	Kunnskap	
O	Egenmestring	Coping OR Coping mechanism OR Coping strategies OR Motivation OR Motivation strategies OR patient education OR Patient experience

### Vedlegg 3 - Søkestrategi

Dato 25/4	Database:Medline		
#ID	Søkeord	Treff	Avgrensning
#S1	Chronic Kidney Disease	145,724	
#S2	Health Literacy	18,032	
#S3	Patient Experience	123,792	
#S4	#S1 AND #S2 AND #S3	16	Peer Rewieved 2013-2023

**Søkestrategien over førte til:** *Exploring Health Literacy in Patients with Chronic Kidney Disease: A Qualitative Study* (Stømer et al., 2020)

Dato 25/4	Database: MEDline		
#ID	Søkeord	Treff	Avgrensning
#S1	Renal Insufficiency, Chronic	29,854	
#S2	Health Literacy	18,032	
#S3	Patient Education	46,495	
#S4	#S1 AND #S2 AND #S3	34	Peer Rewieved 2013-2023

**Søkestrategien over førte til:** *A Longitudinal Qualitative Study to Explore and Optimize Self- Management in Mild to End Stage Chronic Kidney Disease Patients with Limited Health Literacy: Perspectives of Patients and Health Care Professionals* (Boonstra et al., 2022)

Dato: 25/4	Database: Medline		
#ID	Søkeord	Treff	Avgrensning
#S1	Renal Insufficiency, chronic	40,469	
#S2	Lifestyle	146,049	
#S3	Education	1,665,877	
#S4	#S1 AND #S2 AND #S3	100	Peer reviewed  2013-2023

**Søkestrategien over førte til:**

*Lifestyle behaviour change for preventing the progression of chronic kidney disease: a systematic review (Evangelidis et al., 2019)*

Dato: 09/05	Database:Medline/Cinahl		
#ID	Søkeord	Treff	Avgrensning
#S1	Chronic Kidney Disease	145,724	
#S2	Lifestyle	146,049	
#S3	Motivation	134,547	
#S4	#S1 AND #S2 AND #S3	22/13	Peer reviewed  2013-2023

**Søkestrategien over førte til:** *Psychosocial barriers and facilitators for adherence to a healthy lifestyle among patients with chronic kidney disease: a focus group study (Cardol et al.,2022)*

*Motivational Interviewing for Patients with Chronic Kidney Disease (Sanders et al.,2013)*

## Vedlegg 4 - Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Forfatternavn og årstall legges inn som referanse i tekst.  Settes opp i kronologisk rekkefølge (alfabetisk)	Artikkelens hensikt	Artikkelens design Metode for datainnsamling	Utvalg (personer eller artikler)  Antall deltagere/artikler oppgis	Før opp de viktigste resultatene i forståelig stikkordsform	Her kan styrker og svakheter ved f.eks artikkelens metodiske kvaliteter føres opp
Gøransson, L. G., Strømmer, U. E., Urstad, K. H. & Wahl, A. K.  (2020)	Utforske opplevelser personer med kronisk nyresvikt har ved forskjellige dimensjoner av health literacy	Kvalitativ studie, semistrukturerte intervjuer (Health literacy Questionnaire) Intervju ble analysert ved bruk av tematisk analyse av Braun og Clarke.	12 personer med kronisk nyresvikt, alle med forskjellig nivå av health literacy.	Tre hovedtema: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variasjon i personers holdninger og atferd som informasjonssøkere</li> <li>- Problem med et fragmentert helsevesen, blir vanskelig å navigere</li> <li>- Verdien av å ha et godt forhold med helsepersonell</li> </ul>	Styrken i studien er inkludering av alle nivå av health literacy, som sikrer mangfold. Dette er en norsk studie, som kan være en styrke da den kan representere norske pasienter sitt perspektiv  Svakhet i studien er at den er av liten skala, få personer og er personrettet
Boonstra, M.D., de Winter, A.F., Navis, G., Reijneveld, S.A., Tullius, J.M., Vervoort, J.P.M. & Westerhuis, R.  (2021)	Studien skulle utforske pasienter med kronisk nyresvikt og helsepersonell sine opplevelser med og barrierer for selvbestemmelse for å identifisere strategier som optimaliserer selvbestemmelse.	Kvalitativ studie med semistrukturerte dybde intervjuer og fokus grupper med diskusjoner	24 pasienter med kronisk nyresvikt ble intervjuet  37 personer som var helsepersonell ble intervjuet og hadde fokus grupper	Fire tema blant pasientene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unngåelse</li> <li>- Kunnskapsforståelse</li> <li>- Tar ikke lederrollen</li> <li>- Opprettholde forandringer</li> </ul> Tre tema blant helsepersonell: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lite forståelse for health literacy hos pasienter</li> <li>- Mangel på effektive strategier</li> <li>- Barrierer hos helsepersonell</li> </ul>	Styrker med studien er at ved dybdeintervju får pasienter mulighet til å forklare mer hva de mener ut i fra spørsmålene. Fokusgrupper gjør at helsepersonell seg i mellom kan diskutere.  Svakhet er at studien er gjort i Nederland, og trenger ikke nødvendigvis representere nordmenn med kronisk nyresvikts meninger.
Bauman, A.,	Studien skulle identifisere og	Systematisk	26 studier med totalt	Personer med kronisk nyresvikt	Fordel: Det ble

<p>Craig, J., Evangelidis, N., Manera, K., Saglimbene, V. &amp; Tong, A.  (2019)</p>	<p>evaluere atferdsendringsteknikker og funksjoner ved livsstilsendringer, for å forebygge forverring av kronisk nyresvikt</p>	<p>oversiktsartikkel</p>	<p>4263 deltakere</p>	<p>brukte undervisning, målsetting, tilbakemelding, overvåkning og sosial støtte.  Den mest brukte metoden for å lære pasienter om livsstilsendringer var undervisning.</p>	<p>søkt i mange ulike databaser og ble analysert systematisk av tre forskere, og risiko for bias ble vurdert. Personene måtte være over 18 år, ha kronisk nyresvikt og ikke trenge nyreerstattende behandling.  Svakhet: Risiko for bias kunne være høy eller uklart i studiene som ble valgt ut. Det var ikke restriksjoner i forhold til hvilket land studien var gjort i.</p>
<p>Boslooper-Meulenbelt, K., Cardol, C. K., Evers, A. W. M., Meuleman, Y., Van Dijk, S. &amp; Van Middendorp, H.  (2022)</p>	<p>Studien ble gjort for å få innsikt i psykososiale barrierer og ressurser for livsstilsendringer hos pasienter med kronisk nyresvikt som ikke får dialyse.</p>	<p>Kvalitativ studie  Semistrukturerte fokusgrupper</p>	<p>24 pasienter med kronisk nyresvikt  23 helsepersonell</p>	<p>Barrierer og ressurser for endring av livsstil var:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientens kunnskap</li> <li>- Indre motivasjon</li> <li>- Emosjonell status</li> <li>- Stress</li> <li>- Optimisme</li> <li>- Mangel på aksept av sykdommen</li> </ul> </p>	<p>Svakhet: Nederlandsk studie, landet kan ha en annen praksis enn Norge. Det ble også sagt i studien at et bias kunne være at relevansen av psykologisk stress kan ha blitt overestimert på grunn av formulering av spørsmålene.</p>
<p>Martino, S., Sanders, K. A. &amp; Whited, A.  (2013)</p>	<p>Artikkelen sin hensikt var å beskrive hvordan motiverende intervju kan bli brukt hos pasienter med kronisk nyresvikt for å øke deres motivasjon til å delta i egen behandling</p>	<p>Artikkel som har et forklarende design om en spesifikk metode (motiverende intervju)</p>	<p>Ingen pasienter var med</p>	<p>Motiverende intervju er originalt utviklet for pasienter med alkoholisme. Denne artikkelen demonstrerer at motiverende intervju kan bli brukt hos dem med kronisk nyresvikt</p>	<p>Svakhet er at denne spesifikke artikkelen ikke ble prøvd ut på personer  Fordel er at artikkelen er basert på at det har fungert på andre med kronisk nyresvikt</p>



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKF390

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	05-06-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	09-06-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	220
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7859
----------------------	------

Sett hake dersom Ja  
besvarelsen kan brukes  
som eksempel i  
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja  
innlevering til  
biblioteket \*:

Egenerklæring \*: Ja  
Inneholder besvarelsen Nei  
konfidensielt  
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 24  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

**Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei