



Hvordan kan sykepleiere motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende intervju?

Kandidatnummer: 446
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9071
Dato: 14.04.2016





	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2016
<u>Tittel</u> Hvordan kan sykepleiere motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende intervju?	
ABSTRAKT <u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleiere motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende intervju? <u>Metode</u> Litteraturen anvendt i oppgaven er sykepleiefaglig pensumlitteratur, relevant faglitteratur fra skolens bibliotek og forskningsartikler. Forskningsartiklene er funnet ut ifra kjedesøk i gamle bacheloroppgaver, artikler og bøker, og artikkelsøk i databasen Cinahl. <u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien som er anvendt for å belyse problemstillingen er sykdomslære om diabetes type 2, livsstilsendring som behandling av sykdommen, teori om forebyggende helsearbeid, empowerment, brukermedvirkning, sykepleierens pedagogiske funksjon, endringsprosesser og motiverende intervju. <u>Drøfting</u> Motiverende intervju er en veiledningsmetode som tar utgangspunkt i å styrke pasientens motivasjon for å endre livsstil. Brukermedvirkning er et viktig prinsipp i motiverende intervju. Sykepleieren vil velge et ulikt fokus for veiledningen ut ifra hvilken fase i endringsprosessen pasienten befinner seg i. I føroverveielsesfasen er pasienten lite motivert for å endre livsstil og sykepleieren vil da forsøke å utvikle en diskrepans hos pasienten. Hun bygger tillitt ved å vise empati og bruker bekreftende kommunikasjonsferdigheter. I overveielsesfasen vil sykepleieren bidra til at pasienten utforsker og løser sin ambivalens, og senere tar en beslutning. Sykepleieren vil dessuten forsøke å styrke pasientens	



mestringsforventning. I vedlikeholdsfasen må pasienten jobbe aktivt for å holde motivasjonen oppe. Forskning tyder på at motiverende intervju kan anbefales som en god veiledningsmetode innen mange ulike arenaer, men mer forskning er nødvendig for å undersøke effekten av motiverende intervju innen diabetesomsorgen

Konklusjon

Sykepleieren må tilpasse veiledningen etter hvilket stadium i endringsprosessen pasienten befinner seg i. I denne oppgaven drøftes hvordan sykepleieren kan motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende intervju.

Nøkkelord:

Sykepleie, diabetes type 2, livsstil, motiverende intervju, endringsprosess.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	2
1.1 Problemformulering	2
1.2 Målgruppe og kontekst	2
1.3 Avgrensning	3
2 Metode	4
2.1 Litteratursøk	4
2.2 Faglitteratur	5
2.3 Kildekritikk	5
3 Teori	8
3.1 Diabetes mellitus	8
3.1.1 Diabetes type 2	8
3.1.2 Livsstilsendring ved diabetes type 2	9
3.2 Forebyggende helsearbeid	10
3.3 Empowerment og brukermedvirkning	11
3.4 Motivasjon	11
3.5 Endringsprosessen	12
3.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon	13
3.7 Motiverende intervju	13
3.7.1 Grunnleggende prinsipper i motiverende intervju	14
3.7.2 Kommunikasjonsferdigheter i motiverende intervju	15
4 Hvordan kan sykepleiere motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende intervju?	17
4.1 Helsefremmende arbeid og brukermedvirkning	17
4.2 Bruk av motiverende intervju i de ulike fasene av endringsprosessen	18
4.2.1 Føroverveielsesfasen	19
4.2.2 Overveielsesfasen	21
4.2.3 Handlingsfasen	23
4.2.5 Vedlikeholdsfasen	24
4.3 Kritikk av motiverende intervju	25
5 Avslutning	27
Referanseliste	29

1 Innledning

1.1 Problemformulering

Det anslås at ca 190 000 personer har diagnostisert diabetes type 2 i Norge. Undersøkelser kan for øvrig tyde på at inntil like mange har sykdommen uten å vite om det. Behandlingen av sykdommen består hovedsakelig av kostholdsendring og fysisk aktivitet, men rundt 70 % av alle pasienter med diagnostisert diabetes type 2 trenger også medikamentell behandling (Grøholt, 2014, s. 114; Jenssen, 2012, s. 386). Ifølge Karlsen (2011, s. 216) er mangel på motivasjon en betydelig årsak til dårlig regulering av diabetes type 2. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende intervju?”

Motiverende intervju er en personsentrert veiledning hvor veilederen og pasienten samarbeider, og målet er stimulere til positiv endring ved å styrke pasientens egen motivasjon (Ivarsson, 2010, s. 9). Formålet med oppgaven er å drøfte hvordan sykepleiere ved bruk av motiverende intervju kan styrke pasientenes motivasjon gjennom individuelle veiledningssamtaler.

1.2 Målgruppe og kontekst

De fleste som får påvist diabetes type 2 er over 40 år. Forekomsten av sykdommen øker med alder (Jenssen, 2012, s. 385). I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense målgruppen til personer fra 40 – 65 år med diabetes type 2 i Norge. Denne aldersgruppen har stor helsegevinst sett i forhold til forventet antall leveår de har foran seg ved forebygging av videreutvikling av sykdommen.

Jeg tar utgangspunkt i at målgruppen har diabetes type 2 og jeg antar at pasientene har behov for endring av livsstil for å oppnå de terapeutiske behandlingsmålene. Hovedfokuset for oppgaven er individuelle veiledningssamtaler på diabetespoliklinikker. Diabetespoliklinikker er en klinikk tilknyttet sykehusene. Her jobber det helsepersonell med spesialkompetanse innen sitt eget fagområde som samarbeider for å gi et best mulig tverrfaglig tilbud.

Diabetespoliklinikkene tilbyr utredning, behandling, opplæring i å mestre hverdagen med

diabetes, medisinsk oppfølging i forhold til diabetesrelaterte problemer, diabeteskurs, opplæring av medisinsk utstyr og eget opplegg for gravide med diabetes.

1.3 Avgrensning

De fleste personer med diabetes type 2 har behov for medikamentell behandling etter hvert, men ofte er kostholdsending og fysisk aktivitet tilstrekkelig de første månedene eller årene etter at diagnosen har blitt stilt (Jenssen, 2012, s. 387). Blodsukkerregulerende legemidler er en viktig del av behandlingen hos mange med diabetes type 2, men i denne oppgaven er det kun lagt vekt på livsstilsending ved kosthold og fysisk aktivitet. I Gatt & Sammut (2008) viste deltagerne generelt høy grad av egenkontroll i forhold til å ta medisiner, men lav grad av egenkontroll når det gjaldt kosthold og fysisk aktivitet. Disse funnene støtter opp under behovet for veiledning i forhold til livsstilsending.

Det er økt forekomst av diabetes type 2 i noen innvandrergupper. Forskning viser at innvandrere fra India, Sri Lanka og Pakistan har spesielt høy forekomst av sykdommen sammenlignet etnisk norske (Grøholt, 2014, s. 115). Ved bruk av motiverende intervju som veiledningsmetode vil man ta utgangspunkt i pasientens individuelle ståsted uansett kulturbakgrunn, men grunnet oppgavens ordbegrensning vil jeg ikke gå spesielt inn på veiledning av pasienter med en annen kulturell bakgrunn og ulike forhold slik som religion, kultur, tradisjoner og språk.

Kartlegging av pasientens kostvaner, grad av fysisk aktivitet, røykevaner og forbruk av alkohol er viktig for å få en forståelse av pasientens nåværende situasjon og for å legge et grunnlag for veiledningen (Sagen, 2011, s. 39-40), men jeg vil ikke legge stor vekt på dette i oppgaven. Jeg vil heller ikke gå så mye inn på hvilken undervisning pasienten har behov for i forhold til sykdommen, fysisk aktivitet og kosthold. Fokuset vil ligge på å øke pasientens motivasjon til å endre livsstil gjennom motiverende intervju.

2 Metode

Metode er en vitenskapelig og systematisk fremgangsmåte hvis beskrevet kan brukes slik at leseren kan komme frem til samme resultat (Rienecker, Jørgensen & Skov, 2012, s. 187).

Litteraturen brukt i denne oppgaven er valgt ut ifra søk etter relevant faglitteratur i skolens bibliotek, kjedesøk i gamle bacheloroppgaver og artikler, og artikkelsøk i databasen Cinahl. I dette kapittelet beskrives artikkelsøk som er gjort for å finne forskningsartikler og faglitteratur som er brukt for å belyse problemstillingen i oppgaven.

2.1 Litteratursøk

For å utføre søk etter forskningsartikler har jeg hovedsakelig benyttet meg av databasen Cinahl. Cinahl er en internasjonal database, har mye helse- og sykepleiefaglig forskningslitteratur, og er den databasen skolen har anbefalt oss å bruke. Søkeordene jeg benyttet meg av ved artikkelsøk i Cinahl var ”Diabetes Mellitus”, ”Diabetes Mellitus, Type 2”, ”Diabetes Mellitus, Type 2/Nursing”, ”Diabetes Mellitus, Type 2/Complications”, ”Empowerment”, ”Motivation”, ”Motivational Interviewing” og ”Life Style Changes”. Jeg leste gjennom titlene på artiklene som kom opp og plukket ut de som omhandlet livsstilsendring, motivasjon, diabetes type 2 og motiverende intervju. Deretter leste jeg gjennom sammendraget til hver artikkel og plukket ut de artiklene jeg ønsket å ha med i oppgaven for å belyse problemstillingen.

Da jeg leste gjennom de aktuelle artiklene fant jeg referanser i teksten til forfattere av andre forskningsartikler som kunne være aktuelle for min problemstilling. For å finne disse søkte jeg direkte på titlene i Google Scholar. De artiklene som ikke var tilgjengelige via Google Scholar søkte jeg etter i Cinahl. Jeg søkte da på tittelen som emneord. Denne søkemethoden kalles kjedesøk og er en godkjent søkemethode. Det anbefales at teksten som begynner kjeden bør være god og så ny som mulig (Rienecker et al., 2012, s. 119-120). Alle artiklene jeg brukte som utgangspunkt for kjedesøkene er fagfellevurdert og ingen var eldre enn 6 år. Jeg foretok også kjedesøk ved å ta utgangspunkt i faglitteratur og gamle bacheloroppgaver med problemstillinger som omhandlet diabetes type 2 og livsstil.

Inklusjonskriterier er: Fulltekst, fagfellevurdering og publikasjons dato fra 2005 til 2016.

Artikler fra asiatiske, sør-amerikanske og afrikanske land er ekskludert, da disse landene har

en kultur og et helsevesen som skiller seg fra det vi har i Norge. Artikler på andre språk enn norsk, svensk, dansk og engelsk er også ekskludert.

2.2 Faglitteratur

For å finne faglitteratur har jeg søkt i skolens biblioteksdatabase, Oria. Jeg har brukt *Sykdom og behandling* (Jenssen, 2011), en sykepleiefaglig pensumbok, til å beskrive sykdomslæren om diabetes type 2. *Diabetes: Forebygging, oppfølging og behandling* av Skafjeld og Graue (2011) er en bok beregnet på sykepleiere i klinisk praksis. Boken har blitt brukt til å beskrive sykdomslære, egenbehandling, motivasjon og livsstilsveiledning. For å beskrive og drøfte motiverende intervju har jeg brukt *Motiverende intervju: Samtaler om endring* av Barth, Børtveit og Prescott (2013), *MI: Motiverende intervju: En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* av Ivarsson (2010) og Eide og Eide's (2007) kapittel om endringsfokustert veiledning. Barth, Børtveit og Prescott er psykologer med mye erfaring med motiverende intervju. Ivarsson er psykolog, en etterspurt veileder og har skrevet flere bøker om motiverende intervju. Boken av Ivarsson (2010) er i utgangspunktet en praktisk håndbok om motiverende intervju. Jeg har valgt å bruke boken fordi den beskriver motiverende intervju på en konkret og forståelig måte, og tar i bruk gode eksempler. *Den gode oppgaven* (Rienecker & Jørgensen, 2012) har jeg brukt som utgangspunkt for metodedelen og den vitenskapelige fremgangsmåten i oppgaven. Andre viktige kilder er Helsedirektoratet (2009; 2014; 2015), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norges sykepleierforbund, 2011) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

2.3 Kildekritikk

Alle forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter. Jeg anser derfor artiklene som troverdige og objektive. Jeg har tilstrebet å bruke fag- og forskningslitteratur som er så ny og oppdatert som mulig. Ingen av forskningsartiklene er mer enn 10 år gamle, bortsett fra Rubak et al. (2005). Fordi denne artikkelen er over 10 år gammel har jeg anvendt en nyere litteraturstudie (Lundahl et al, 2010) med tilnærmet samme hensikt, og kun brukt Rubak et al. (2005) for å belyse funnene i Lundahl et al. (2010).

Tre av forskningsartiklene er skrevet av Oftedal, Karlsen og Bru. Artiklene er fra 2010 og 2011. Artiklene tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv og er relevante fordi tematikken er nært knyttet til oppgavens problemstilling. Resultatene er særdeles overførbare til målgruppen i denne oppgaven ettersom studiene er utført i Norge. Den ene studien kartlegger motivasjon for kosthold og fysisk aktivitet, og den andre kartlegger hvilke verdier som kan komme i konflikt med egenkontroll av diabetes type 2. Den tredje artikkelen undersøker hvordan støtte fra helsepersonell kan påvirke egenkontroll av diabetes type 2. Selv om artiklene omtaler helsepersonell og ikke spesifikt sykepleiere, er det rimelig å anta at støtten pasienter får fra helsepersonell generelt har den samme innvirkning på pasientens motivasjon som støtten de får fra sykepleiere. Da artiklene er fem til seks år gamle kan det ha skjedd en faglig forbedring innen diabetesomsorgen i Norge siden de ble utgitt. To av studiene er pilotstudier og har relativt få deltagere. Fordi veiledningen må tilpasses pasientenes individuelle forutsetninger anser jeg artiklene likevel som svært relevante for oppgaven, da de gir gode beskrivelser av hvordan det er å leve med diabetes type 2.

Jansink et al. (2010) kartlegger hvilke utfordringer sykepleiere opplever ved livsstilveiledning på fastlegekontor i Nederland. Da studien er mer enn fem år gammel kan det hende det har skjedd faglig utvikling i primærhelsetjenesten i Nederland siden studien ble utgitt. Det er dessuten rimelig å anta at sykepleiere på en diabetespoliklinikk har mer kunnskap om veiledning og livsstil, enn sykepleiere på et fastlegekontor. Jeg har likevel valgt å bruke studien i drøftingsdelen for å eksemplifisere hvilke utfordringer sykepleiere kan oppleve ved livsstilsveiledning.

For å drøfte effekten av motiverende intervju har jeg anvendt tre litteraturstudier: Mulimba & Byron-Daniel (2014), Rubak et al. (2005) og Lundahl et al. (2010). To av litteraturstudiene analyserer effekten av motiverende intervju ved ulike sykdommer og lidelser. Den ene studien analyserer effekten av motiverende intervju hos personer med diabetes mellitus. Ingen av disse studiene handler spesielt om sykepleiere, men tar for seg effekten av motiverende intervju utført av helsepersonell generelt. Jeg mener det er rimelig å anta at effekten av motiverende intervju utført av sykepleiere er tilnærmet like bra som når metoden blir utført av annet helsepersonell. Sykepleiere har mye pasientkontakt. Kommunikasjon er noe som vektlegges både i undervisning og i praksis i løpet av sykepleierutdanningen i Norge. Rubak et al (2005) og Lundahl et al. (2010) tar for seg effekten av motiverende intervju innen ulike sykdomsområder. Forskningen på effekten av motiverende intervju på kun diabetes type 2 er

begrenset, og jeg har valgt å ha med disse da de er metaanalyser og gir et større bilde på effekten av motiverende intervju.

McDowell et al. (2009) tar for seg hvilke oppfatninger pasienter med diabetes type 2 hadde av reorganisering av helsetjenesten i England. Tidligere ble pasienter med kroniske lidelser fulgt opp i sekundærhelsetjenesten, men nå får de hovedsakelig behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten. Selv om studiens formål ikke er nært knyttet til oppgaven, gir den likevel gode eksempler på hvilke oppfatninger personer med diabetes type 2 har av sekundær- og primærhelsetjenesten. Deltagerne i studien beskriver også hvordan de opplever å leve med sykdommen. Ettersom studien er fra 2009 kan det ha skjedd en faglig utvikling i helsetjenesten i England siden artikkelen ble utgitt.

3 Teori

I dette kapitlet gis det først en kort innføring i sykdomslæren om diabetes type 2 og livsstilsendring som behandling av sykdommen. Deretter beskrives forebyggende helsearbeid, empowerment og brukermedvirkning. Teori om motivasjon, endringsprosesser, sykepleierens pedagogiske funksjon og motiverende intervju blir også beskrevet.

3.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som karakteriseres av forhøyet blodsukker og forstyrrelser i karbohydrat-, fett- og proteinomsetningen (Helsedirektoratet, 2009, s. 22). Insulin er et hormon som produseres i betacellene i de såkalte langerhanske øyene i bukspyttkjertelen. Insulinet virker ved å øke opptak av glukose fra blodet til muskel- og fettvev, noe som fører til at konsentrasjonen av glukosen i blodet senkes. Insulinfrigjøring fører dessuten til redusert glukoseproduksjon i leveren, økt syntese av fettsyrer (lipider) og fettlagring (Jenssen, 2011, s. 380-381). De vanligste formene for diabetes er diabetes type 1 og type 2. Ved diabetes type 1 foreligger det total insulinmangel, og sykdommen debuterer oftest blant barn og unge. Andre mindre vanlige former for diabetes er svangerskapsdiabetes, LADA (Late Autoimmune Diabetes in the Adult) og MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) (Jenssen, 2011, s. 389-390).

3.1.1 Diabetes type 2

Den viktigste årsaken til diabetes type 2 er redusert produksjon av insulin som følge av delvis celledød av betacellene. Vanligvis foreligger det også redusert følsomhet av insulin i muskel-, lever- og fettceller (insulinresistens) (Jenssen, 2011, s. 385). Ifølge Wilson (2015) skyldes dette at insulin ikke virker som det skal fordi overflødig kroppsfett interfererer med insulinets normale virkning på cellene. Dette medfører at mer insulin enn normalt er nødvendig for å få tilstrekkelig effekt. Kroppen klarer normalt å kompensere for insulinresistensen med økt insulinproduksjon, men dersom de insulinproduserende betacellene i kroppen er skadet, klarer ikke kroppen å kompensere for insulinresistensen og blodglukosen stiger (Jenssen, 2011, s. 385-386).

Forekomsten av diabetes type 2 øker med økt alder og de fleste som får diabetes type 2 er over 40 år (Jenssen, 2011, s. 385). Cirka 190 000 har diabetes type 2 i Norge og inntil like mange har sykdommen uten å vite om det (Grøholt, 2014, s. 114). Disponerende gener, overvekt, fysisk inaktivitet og et kosthold med høyt innhold av karbohydrater er blant de viktigste risikofaktorene (Wilson, 2015).

Symptomene på diabetes type 2 er få i startfasen. Etterhvert som sykdommen utvikler seg kan pasienten oppleve slapphet, tretthet og hyppig vannlatning. Diagnosen stilles ved blodprøve med påvisning av plasmaglukose over 7 mmol/l ved faste eller over 11,1 mmol/l 2 timer etter oralt inntak av 75 gram glukose (Jenssen, 2011, s. 381-386).

Ifølge Jenssen (2011) utvikles diabetes type 2 langsomt, ofte over 10-12 år før diagnosen stilles. Omtrent halvparten har komplikasjoner ved diagnosetidspunktet. Komplikasjonene ved diabetes er først og fremst et resultat av fettavleiringer i blodåreveggen i store og små blodkar (aterosklerose). Diabetiske komplikasjoner kan deles inn i mikro- og makrovaskulære komplikasjoner. De mikrovaskulære komplikasjonene skyldes aterosklerotiske forandringer i små arterier og kapillærer som fører til forsnevring og til slutt tilstopping av disse. De mikrovaskulære komplikasjonene kan gi skade på nyrer, nerver og netthinnen på øyet. Personer med diabetes er særlig disponert for å få høyt blodtrykk (hypertensjon) og omtrent halvparten av pasientene med hypertensjon har dessuten en risikabel lipidprofil i blodet, noe som øker risikoen for makrovaskulære komplikasjoner. Makrovaskulære komplikasjoner er dødsårsaken til to tredjedeler av pasientene med diabetes. Aterosklerose i store arterier øker risikoen for:

- Iskemisk hjertesykdom; angina pectoris eller hjerteinfarkt.
- Iskemisk hjernesykdom; tilstopping av arterier i hjernen som kan føre til hjerneslag
- Nedsatt blodtilstrømning og gangren i foten.

(Jenssen, 2011, s. 386-389).

3.1.2 Livsstilsendring ved diabetes type 2

Målet ved behandling av diabetes type 2 er å bedre prognosen og redusere risikoen for diabetiske senkomplikasjoner. Behandling gjennom livsstilsendring vil som regel være tilstrekkelig de første månedene eller årene. Endring av kostholdsvaner og økning av fysisk

aktivitetsnivå er de viktigste tiltakene ved nyoppdaget diabetes type 2 for å holde blodglukosen, blodtrykket og lipidene innenfor et terapeutisk område (Jenssen, 2011, s. 386-387).

Diabetikere anbefales å følge de samme kostholdanbefalingene som resten av befolkningen (Aas, 2011, s. 124). Personer med diabetes type 2 stort sett kan ha det samme kostholdet som før, men bør ofte endre litt på størrelsen og sammensetningen av måltidene (Jenssen, 2011, s. 387). Det anbefales et variert kosthold med mye grønnsaker, grove kornsorter og fisk og begrensede mengder sukker, salt, mettet fett og bearbeidet kjøtt (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Høyt blodtrykk er vanlig ved diabetes type 2 og saltinntaket bør derfor begrenses, da høyt saltinnhold i maten kan bidra til økt blodtrykk. Matvarer med umettede fettsyrer som fisk, olivenolje og nøtter bidrar til å øke det gode HDL-kolesterolet og senke det skadelige LDL-kolesterolet. Det anbefales jevne måltider, ca hver fjerde time, for å sørge for et mest mulig stabilt blodsukker og for å forhindre småspising mellom måltidene (Jenssen, 2011, s. 387-388).

Omtrent 70 % av de som har diabetes type 2 er overvektige eller har fedme. Overflødig kroppsvekt svekker effekten av insulin på cellene. En kombinasjon av fysisk aktivitet og vektreduksjon på 5 % har betydelig medisinsk effekt (Sagen, 2011, s. 25-40; Wilson, 2015). En vektreduksjon på 3-5% vil være en realistisk målsetning for personer med diabetes type 2 (Jenssen, 2011, s. 388). Fysisk aktivitet bedrer insulinfølsomheten i muskulaturen (Sagen, 2011, s. 40). Helsedirektoratet anbefaler minimum 150 min moderat fysisk aktivitet eller 75 min fysisk aktivitet med høy intensitet per uke. Det anbefales dessuten å redusere tid med stillesitting og utføre øvelser som gir muskelstyrke til store muskelgrupper minst to ganger i uka (Helsedirektoratet, 2014, s. 12).

3.2 Forebyggende helsearbeid

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det stadfestet at sykepleieren er forpliktet til å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykdomsforebygging er en medisinsk sykdomsmodell med fokus på risikofaktorer for sykdom. Primær sykdomsforebygging dreier seg om å forebygge sykdom hos friske personer, mens sekundær sykdomsforebygging betyr å hindre videreutvikling av en sykdom, eller forhindre at den kommer tilbake (Mæland, 2010, s. 13-15). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer

helsefremmende arbeid som ”Prosesen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse.”. Idégrunnlaget for helsefremmende arbeid kommer fra Ottawa-charteret som ble utformet i Ottawa i 1986 av WHO. Ottawa-charteret beskriver helse som en ressurs for dagliglivet og ikke bare som et mål i seg selv (WHO, 2016a). Ifølge Mæland (2010) handler det forebyggende helsearbeidet ikke kun om å forhindre sykdom, lidelse og tidlig død, men også om å fremme helse blant folk og bidra til helsen blir en positiv ressurs. Forebyggende helsearbeid brukes altså om både å forebygge sykdom og å fremme helse (Mæland, 2010, s. 13-15).

3.3 Empowerment og brukermedvirkning

Empowermentprosessen er et begrep som har mange likheter med WHO's definisjon av det helsefremmende arbeidet. I følge WHO (2016b) er empowerment er en prosess der folk oppnår større kontroll over hvilke faktorer og beslutninger som berører deres liv.

Sykepleieren er en samarbeidspartner og støttespiller igjennom denne prosessen. Målet med prosessen er å bli ”empowered”, det vil si at personen har opparbeidet seg styrke og har større innflytelse over egen helse, og opplever økt grad av mestring (Tveiten, 2012, s. 176-178). Heggen (2007) hevder at mestring betyr å klare noe på egenhånd ved å ta i bruk egne ressurser, slik at personen kan håndtere situasjonen og komme seg videre på best mulig måte.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren fremme brukermedvirkning ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Pasienter og brukeres rett til medvirkning er også stadfestet i Lov om pasient- og brukerrettigheter hvor det står at pasienten har rett til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Helsetilbudet skal dessuten utformes i samarbeid med pasienten i så stor grad det er mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.4 Motivasjon

Ifølge Håkonsen (2009, s. 88) er motivasjon er årsak eller forklaring på hvorfor vi utfører en handling. Motivasjon er de drivkrefter som igangsetter, vedlikeholder og styrer adferden vår. Ivarsson definerer motivasjon som ”motoren” for å ville gjøre noe. For nå et mål må det virke mer attraktivt å arbeide mot målet, enn å la ting forbli slik de er. En forutsetning for

motivasjon er at altså at gevinstene for å gjøre noe veier tyngre enn ulempene (Ivarsson, 2010, s. 29). Selvoppfatningen, hvilke tanker en har om seg selv, er avgjørende for hvilken forventning man har til å mestre noe (Karlsen, 2011, s. 220). Mestringsforventning eller mestringsstro, altså forventningene man har til egen mestring, er avgjørende for motivasjonen og utfallet av det man skal gjøre (Eide & Eide, 2007, s. 344; Håkonssen, 2009, s. 266).

3.5 Endringsprosessen

Endring er en prosess som skjer over tid. Modellen jeg har valgt er en stadiemodell for endring, The Stages of Change Model, av Prochaska & DiClemente slik Barth et al. (2013) beskriver den. Endringsprosessen deles inn i fem stadier: Føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. Modellen bygger på at innstillingen til og motivasjonen for endring endres over tid (Barth et al., 2013, s. 61). Jeg har valgt å inndele de ulike fasene noe annerledes enn Barth et al. (2013). Forberedelsesfasen blir her sammenslått med handlingsfasen, og deler av det forfatterne har beskrevet som handlingsfasen har jeg valgt å integrere i vedlikeholdsfasen.

I den første fasen i endringsprosessen er pasienten lite motivert for å gjøre en endring. Personen opplever at positive sidene ved å fortsette adferden er større enn de negative konsekvensene. Dette kan ha ulike årsaker som for eksempel mangel kunnskaper eller at man bagatelliserer problemet eller benekter alvorret i situasjonen. (Barth et al., 2013, s. 62-63).

I den neste fasen av endringsprosessen, overveielsesfasen, veier personen de positive og de negative sidene ved adferden opp mot hverandre. Det er ikke tatt noen beslutning om endring, men man vurderer det. Personen kan variere i oppfatningen om i hvilken utstrekning adferden er et problem som burde gjøres noe med. Innstillingen til endring er skiftende. Ambivalens preger denne fasen (Barth et al., 2013, s. 65).

I handlingsfasen har personen tatt et valg og er motivert for å gjennomføre endringen. Å forplikte seg til valget man har gjort er viktig for å stå ved beslutningen senere. I handlingsfasen gjennomfører personen de praktiske forberedelsene, utarbeider planer og setter seg mål. I denne fasen vil personen også komme i gang med synlige adferdsendringer (Barth et al., 2013, 66-69).

For å vedlikeholde endringen kreves en innsats av personen og man må jobbe med å holde motivasjonen oppe. Det kan være nødvendig at man er oppmerksom på hvilke situasjoner og faktorer som kan føre til tilbakefall og forbereder seg i forkant av disse (Barth et al., 2013, s. 68).

3.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Ifølge Tveiten (2008) er sykepleierens pedagogiske funksjon alle vurderinger og handlinger som har til hensikt å fremme læring, utvikling og mestring hos pasienter, pårørende og medarbeidere. Sykepleierens pedagogiske kompetanse forutsetter at sykepleieren har teoretisk kunnskap og moralsk og emosjonell bevissthet i forhold til egne handlinger. Hun må dessuten ha evne til å samhandle og ha kommunikasjons-, veilednings- og undervisningsferdigheter. Hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon kan være å bidra til at pasienten mestrer å leve med helsesvikt eller å mestre den forordnede behandlingen (Tveiten, 2008, s. 30-39).

Likeverdighet mellom den enkeltes erfaringsbaserte brukerkunnskap og helsepersonellens kunnskaper er en forutsetning for vellykket veiledning i diabetesomsorgen. Sykepleieren må anerkjenne pasienten som ekspert på seg selv og sine behov. Hun må dessuten gi støtte og tilrettelegge for pasienten slik at han kan ta bevisste selvstendige valg. Målet med veiledningen er at pasienten skal mestre sykdommen på best mulig måte (Karlsen, 2014, s. 217; Tveiten, 2012, s. 178).

3.7 Motiverende intervju

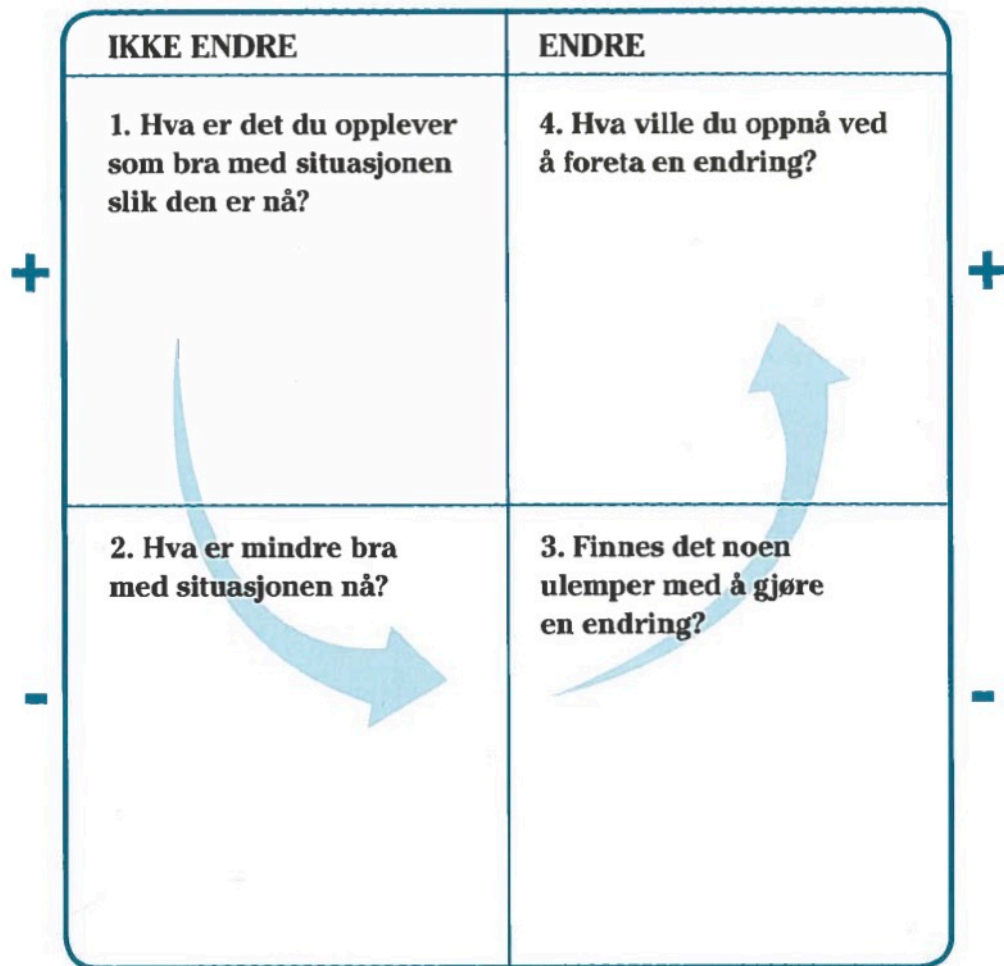
Motiverende intervju er en form for veiledning som brukes for å hjelpe personer til å endre problematisk adferd. Metoden ble utviklet av den amerikanske professoren Miller i 1982. Den ble opprinnelig brukt i forbindelse med alkoholproblematikk (Barth et al., 2013, s. 13-14), men brukes i dag innen de fleste livsstilsområder som for eksempel rusmisbruk, tobakksbruk, fysisk inaktivitet, spilleavhengighet, overvekt og behandling av ulike kroniske sykdommer (Ivarsson, 2010, s. 5-6). Veilederen skal gjennom samtale hjelpe pasienten med å utforske problemet sitt og forsterke det pasienten mener fører til en positiv løsning (Ivarsson, 2010, s. 9).

3.7.1 Grunnleggende prinsipper i motiverende intervju

Motiverende intervju er en målrettet veiledningsmetode, men rådgiveren aksepterer at endringen må skje i pasientens tempo (Ivarsson, 2010, s. 9). Hovedprinsippene i et motiverende intervju er: Vise empati, prøve å utvikle diskrepans, løse ambivalens, styrke pasientens mestringstillitt og rulle med motstand (Ivarsson, 2010). For å opparbeide seg tillitt må rådgiveren vise empati, interesse og respekt for pasienten gjennom empatisk lytting. For å øke pasientens motivasjon til endring forsøker rådgiveren å utvikle diskrepans hos pasienten, det vil si en følelse av at noe ikke stemmer og at noe burde endres. Dette gjøres ved å utforske det aktuelle problemet, samt bekrefte alle hint om bekymringer hos pasienten (Ivarsson, 2010, s. 19-20). Ved ambivalensutforskning vil man utforske fordelene og ulempene ved den problematiske adferden. En ambivalensutforskning kan hjelpe å sortere pasientens tanker og følelser i forhold til endringen, og gir pasienten et tydeligere bilde på hans nåværende situasjon. Det kan være hensiktsmessig å foreta ambivalensutforskningen slik illustrasjonen nedenfor viser. Først utforskes fordelene, så ulempene ved det aktuelle problemet. Deretter utforskes ulempene og til slutt fordelene ved endringen (Ivarsson, 2010, s. 39-44). For å kunne gjennomføre en vanskelig endring er det viktig at pasienten har tro på seg selv og egne evner (Eide & Eide, 2007, s. 344). Veilederen må styrke pasientens tiltro til egen mestring ved å vise at hun har tro på pasientens evner til å gjennomføre endringen. Hvis pasienten opplever at veilederen går for rask frem, ikke viser nok empati, er konfronterende eller overtalende kan det oppstå motstand hos pasienten. Motstand kan også foreligge allerede før veiledningssamtalen på grunn av ytre press eller negative forventninger hos pasienten. Veilederen må forsøke å rulle med motstanden ved å lytte, reflektere og bekrefte det som blir sagt. Ved å tilnærme seg motstanden hos pasienten på denne måten vil den ofte forminskes (Ivarsson, 2010, s. 20-22).

Ambivalensutforskning

Gå igjennom rutene mot urviseren. Begynn i rute 1, og avslutt med rute 4.



(Ivarsson, 2010, s. 58)

3.7.2 Kommunikasjonsferdigheter i motiverende intervju

De grunnleggende kommunikasjonsferdighetene som brukes mest i motiverende intervju er: Bekreftende kommunikasjonsferdigheter, åpne og utforskende spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer (Ivarsson, 2010, s. 15). Bekreftelser viser at veilederen lytter, anerkjenner og forstår det pasienten sier. Bruk av bekreftende kommunikasjonsferdigheter uttrykker respekt og interesse for den andre, skaper tillitt og bidrar til å bygge et godt samarbeidsklima (Eide & Eide, 2007, s. 220). Eksempler på bekreftelser: ”Du viser styrke og er utholdende” eller ”Du har mange gode tanker om hvordan dette kan gjøres” (Ivarsson, 2010, s. 15). Bekreftende

kommunikasjonsferdigheter kan også være å følge det personen sier verbalt, som for eksempel ved et nikk, smil, eller bekræftende eller oppmuntrende ord som ”ja”, ”jeg forstår” eller ”så bra!” (Eide & Eide, 2007, s. 220).

Åpne spørsmål bidrar til at pasienten kan gi fortellende svar, mens lukkede spørsmål besvares ofte med ja og nei eller et kort svar. Åpne spørsmål bidrar også til at man får mer informasjon, enn om man hadde stilt et lukket spørsmål. Eksempel på et åpent spørsmål: ”Hvordan har du det?” (Ivarson, 2010, s. 16).

Refleksjoner er en oppsummerende tolkning av det pasienten sier og er en sentral kommunikasjonsferdighet ved motiverende intervju. Refleksjoner viser at man har hørt og forstått det pasienten har sagt. De kan også brukes for å få pasienten til å utdype det han sier og kan bidra til å styre samtalen ved at rådgiveren plukker ut og forsterker det hun vil fokusere på (Ivarsson, 2010, s. 16). Eksempel på en refleksjon: ”Du synes det er vanskelig å finne energi til å trene fordi du er sliten etter en lang og travel arbeidsdag”.

Oppsummeringer er et referat av det pasienten har sagt og har flere av de samme funksjonene som refleksjoner. De brukes for å sammenfatte det pasienten har sagt i løpet av samtalen og for å klargjøre budskapet. De kan brukes for å avslutte samtalen, eller når man skal skifte tema i samtalen (Ivarsson, 2010, s. 18)

4 Hvordan kan sykepleiere motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende intervju?

I dette kapittelet drøftes hvordan sykepleiere kan bruke motiverende intervju til å motivere til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2. Først drøftes helsefremmende arbeid og brukermedvirkning. Deretter drøftes veiledning i de ulike stadiene av endringsprosessen ved bruk av de grunnleggende prinsippene i motiverende intervju; vise empati, skape diskrepans, løse ambivalens, styrke mestringstillitt og rulle med motstand. Flere av disse prinsippene kan anvendes gjennom hele endringsprosessen, men sykepleieren vil likevel ha ulikt fokus ut ifra hvilket ulike stadium av endringsprosessen pasienten befinner seg i (Ivarsson, 2010, s. 29). Avslutningsvis drøftes effekten av motiverende intervju.

4.1 Helsefremmende arbeid og brukermedvirkning

Sykepleiere er forpliktet til å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5), men et sentralt spørsmål er hvordan sykepleieren kan gjøre dette ved veiledning. I det helsefremmende arbeidet står begrepet empowerment sentralt. Ifølge Mæland (2010, s. 75) er målet i det helsefremmende arbeidet er at enkeltpersoner og felleskapet skal få økt kontroll over faktorer og beslutninger som påvirker egen helse. Sykepleieren må bruke sin veilederrolle som en samarbeidspartner i empowermentsprosessen til å styrke pasientenes egne ressurser slik at pasienten får det beste grunnlaget til å fatte gode beslutninger i forhold til livsstil og egenkontroll av sykdommen (Allgot, 2011, s. 210; Tveiten, 2012, s. 177).

Brukermedvirkning forutsetter et samspill mellom pasienter og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2015). Sykepleierne har kunnskap om sykdommen, kosthold og fysisk aktivitet, mens pasienten har kunnskap om egen hverdag (Allgot, 2011, s. 210). I en studie utført av Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) vektla deltagerne viktigheten av at helsepersonell var samarbeidspartnere når det gjaldt beslutningstaking. Noen av deltagerne hevdet at når kunnskap om deres egne liv og helsepersonellens kompetanse på sykdommen komplementerte hverandre, førte dette til et vellykket samarbeid. Da deltagerne møtte helsepersonell som ikke lyttet til dem eller involverte dem i viktige beslutninger førte det til at de ikke ønsket å samarbeide med helsepersonellet og unngikk konsultasjoner (Oftedal et al., 2010b). Funnene fra denne studien tyder på at brukermedvirkning bidrar til økt motivasjon. På en annen side,

når pasientene følte at de ikke ble involvert i viktige beslutninger, bidro dette til at motivasjonen for egenkontroll av sykdommen ble svekket. En årsak til at helsepersonell kan ha vanskelig for å involvere pasienter i beslutninger kan være at helsepersonell har en tradisjon for å tenke at ”vi vet best” på grunn av kvalifikasjoner, kunnskaper og utdannelse (Tveiten, 2012, s. 179). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven (1999). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere må sykepleieren respektere pasientens rett til å ta selvstendige valg, og fremme denne retten ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2011). Brukermedvirkning er altså ikke noe sykepleiere kan velge å se bort ifra. Det er viktig at sykepleieren anerkjenner pasienten som ekspert på seg selv og anser pasientens hverdagskompetanse som en ressurs (Karslen, 2011, s. 226). Brukermedvirkning er også i tråd med autonomiprinsippet: Pasienten skal selv bestemme over behandling og pleie og har også rett til å nekte hjelp (Nortvedt, 2012, s. 97-98).

4.2 Bruk av motiverende intervju i de ulike fasene av endringsprosessen

Motiverende intervju er en veiledningsmetode som tar utgangspunkt i å stryke pasientens motivasjon for å endre problematisk adferd. Brukermedvirkning er et essensielt prinsipp i motiverende intervju, da det er pasienten som står i fokus ved veiledningen. Det er pasientens indre motivasjon som legger grunnlaget for endring og ikke rådgiverens synspunkt (Barth et al., 2013, s. 13; Ivarsson, 2010, s. 9). Kommunikasjons- og veiledningsferdigheter en del av sykepleierens pedagogiske funksjon (Tveiten, 2008, s. 39). Hovedmålet ved veiledningen er å motivere og bevisstgjøre pasienten slik han får de beste forutsetningene for å ta gode valg i forhold til egen livsstil (Allgot, 2011, s. 210)

Pasientens motivasjon for endring av livsstil kan variere. Han kan befinne seg i ulike stadier av endringsprosessen. I en studie fra Nederland fortalte sykepleierne at de syntes det var vanskelig å bedømme hvilket stadium i endringsprosessen pasienten befant seg i (Jansink et al., 2010) Å kartlegge pasientens motivasjon for endring er viktig for at veilederen kan bedømme hvilket hovedfokus hun skal velge for samtalen (Ivarsson, 2010, s. 29). Det er imidlertid verdt å bemerke seg at endring ikke alltid er en rettlinjert prosess. Tilbakefall kan forekomme i alle de ulike fasene. Pasienter kan også befinne seg i ulike stadier når det gjelder

ulike mål. For eksempel kan det være at pasienten befinner seg i føroverveiellesfasen når det gjelder regelmessig fysisk aktivitet, mens han befinner seg i handlingsfasen når det gjelder kostholdsendringer. Endringsprosessen kan allikevel gi en forståelse for pasientens grad av motivasjon og styre hvilket hovedfokus sykepleieren bør velge i samtalen (Barth et al., 2013, s. 70-75).

4.2.1 Føroverveiellesfasen

I føroverveiellesfasen er pasienten lite motivert for å endre livsstil. Målet i denne fasen er å skape en diskrepans og en økende bevissthet rundt problemet (Ivarsson, 2010, s. 36). Tillitt og trygghet er en forutsetning for en fortrolig samtale (Karlsen, 2011, s. 222). For å skape tillitt viser sykepleieren empati og tar i bruk bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Ved å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter viser sykepleieren respekt og interesse for pasienten. Sykepleieren følger det pasienten sier ved å bruke bekreftende og anerkjennende ord som for eksempel ”ja”, ”jeg skjønner” eller medfølende som for eksempel ”så leit” (Eide & Eide, 2007, s. 220). Ifølge Miller gjengitt av Lundahl et al. (2010) er veilederens evne til å empatisere med mottakeren den viktigste faktoren som avgjør om motiverende intervju-samtalen blir vellykket.

I Oftedal et al. (2010b) understrekte deltagerne i studien viktigheten av empati hos veilederen for å motivere dem til egenkontroll av sykdommen. De definerte empati som en forståelsesfull, lyttende og helhetlig tilnærming. En empatisk tilnærming bidro dessuten til å styrke mestringstro og å skape tillitt til veilederen. Deltagerne beskrev mangel på empati når for eksempel når veilederne gav dem skylden for sin sykdom, eller når veilederne opptrådte som eksperter på sykdommen og prioriterte å snakke om objektive data som blodprøvesvar og medisiner, fremfor å fokusere på pasientenes individuelle behov. Deltagerne formidlet ønsker om en helhetlig tilnærming. På denne måten fikk de den støtten de trengte får å håndtere sykdommen i hverdagen.

For å motivere til livsstilsendring vil sykepleieren utvikle diskrepans hos pasienten, en følelse av at det er noe som ikke er slik det burde være. Dette gjøres ved å informere og bevisstgjøre, samt styrke alle hint om bekymringer i forhold til egen helse hos pasienten (Ivarsson, 2010, s. 36-38). Det kan være ulike grunner til at pasienten ikke er motivert for å endre livsstil. Det kan for eksempel være at pasienten har mangel på kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet,

eller det kan være at pasienten opplever at hans egen livsstil er helt normal og dermed ikke et problem (Barth et al., 2013, s. 62). Ved livsstilsveiledning av pasienter i primærhelsetjenesten i Nederland opplevde sykepleierne at mange pasienter kunne mangle innsikt og kunnskap om deres egen livsstil. For eksempel var det noen av pasientene som ikke visste hva glukose og karbohydrater var (Jansink et al., 2010). Bevisstgjøring av negative konsekvenser av adferden kan bidra til økt motivasjon til livsstilsendring (Karlsen, 2011, s. 222). Hvis rådene fra helsepersonell oppleves som moraliserende eller er uønsket fra pasientens side, kan dette bidra til motstand hos pasienten. Ivarsson hevder at man bør unngå direkte råd av typen ”Mitt råd til deg er” eller ”Jeg synes du skal gjøre slik...” (Ivarsson, 2010, s. 23). Sykepleieren kan tilby informasjon i dialog slik at pasienten blir mer bevisst på de negative konsekvensene av adferden. Sykepleieren kartlegger hva pasienten vet på forhånd og hvilke evner vedkommende har til å forstå informasjonen. Deretter ber hun om tillatelse til å gi informasjon og utforsker hva informasjonen betyr for pasienten. Informasjonen bør være nøytral (Ivarsson, 2010, s. 23). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) konstanterer at pasienten har rett til informasjon om helsetilstanden og behandling. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger som alder, kultur- og språkbakgrunn, kostvaner og forkunnskaper (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Sagen, 2011, s. 39-40). Stress relatert til diabetes type 2 kan påvirke evnen til egenkontroll av sykdommen og føre til dårligere egenkontroll (Karlsen, 2011, s. 218). I studien til Oftedal Karlsen og Bru (2010b) ble det nevnt at for mye informasjon om sykdommen førte til at man ble overveldet, noe som reduserte egen motivasjon og tro på mestring av sykdommen. Det er derfor viktig å tilpasse informasjonen slik at man ikke gir for mye informasjon på en gang.

Motstand kan oppstå hos pasienten hvis sykepleieren ikke viser nok respekt og forståelse, er moraliserende, har høyere mål og forventinger til pasienten enn det han er klar for, eller hvis rådgiveren forsøker å overbevise og overtale (Ivarsson, 2010, s. 21). Dette bekreftes av en studie fra Nederland, som viste at for høye eller urealistiske forventinger blant sykepleierne, førte til motstand hos pasienten (Jansink et al., 2010). Hvis sykepleieren for eksempel ikke er klar over at pasienten er i føroverveielsesfasen og enda ikke er klar for endring, og begynner å legge opp et handlingsplan for hvordan pasienten kan endre livsstil vil dette kunne bidra til motstand. Ifølge Ivarsson (2010) kan motstand kan også foreligge hos pasienten allerede før samtalen på grunn av negative forventinger, eller hvis pasienten opplever at sykepleieren går for fort frem. Når motstand oppstår bør sykepleieren rulle med motstanden, det vil si at hun er

støttende, reflekterer og bekrefter det pasienten sier. Dette kan gjøres ved å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter og refleksjoner. For eksempel: ”Du synes altså at det er vanskelig å få tid til å trene fordi du har en krevende jobb”. Ved å gjøre dette viser sykepleieren at hun forsøker å forstå det bakenforeliggende budskapet og inviterer pasienten til å fortelle mer. Eventuelt kan sykepleieren stille et åpent spørsmål som for eksempel ”kan du fortelle mer om dette?” for å få pasienten til å utdype det han sier. Det er viktig å understreke pasientens rett til selvbestemmelse. Hvis motstanden blir stor kan det være nødvendig å skifte tema en stund eller at veilederen trekker seg tilbake og ber om unnskyldning (Ivarsson, 2010, s. 20-22).

4.2.2 Overveielsesfasen

I overveielsesfasen er pasienten ambivalent. Han veier fordelene og ulempene ved en endring opp mot hverandre. Dette tyder på at det allerede foreligger en diskrepans, en bevissthet om de negative konsekvensene av pasientens nåværende livsstil (Ivarsson, 2010, s. 39). Hvilke personlige verdier og prioriteringer pasienten har kan være avgjørende for motivasjonen og kan noen ganger komme i konflikt med anbefalte livsstiltak (Oftedal, Karlsen & Bru, 2010a). En ambivalensutforskende samtale kan tydeliggjøre ambivalensen og hjelpe pasienten til å sortere tanker og følelser rundt en endring. At pasienten har tro på egne evner og mestring er en forutsetning for en vellykket livsstilsendring. Sykepleieren må derfor styrke pasientens mestringstro (Barth et al., 2013, s. 65-66; Ivarsson, 2010, s 39-44)

En studie utført av Oftedal et al. (2010a) viste at grunnleggende verdier spiller en stor rolle ved motivasjon, og kan komme i konflikt med egenkontroll hos pasienter med diabetes type 2. Ved veiledning av pasienter med diabetes type 2 bør helsepersonell forsøke å bli kjent med disse verdiene og ta dem i betraktning når de gir råd om sykdommen. De viktigste verdiene som ble kartlagt var selvbesluttsomhet, helse, velvære, ivareta et positivt kroppsbilde, tilhørighet og ivareta evnen til å jobbe.

Å ivareta helsen var et gjennomgående tema. Mange deltagere verdsatte det å kunne leve et langt, sunt liv uten komplikasjoner. Velvære var en annen viktig motivasjonsfaktor for egenkontroll av sykdommen. Redusert vekt, fysisk aktivitet og et sunt kosthold var ulike faktorer som ble nevnt som bidro til økt velvære. På den annen side var det flere deltagere som hadde forkjærlighet for sjokolade og mat med mye sukker og fett. Mange deltakere opplevde også at trening kunne føre til redusert velvære i form av fatigue, muskelsmerter og

mangel på energi. Å ivareta et positivt kroppsbilde var også et tema som ble diskutert. Flere av deltagerne fortalte at de ikke trente fordi de opplevde kroppspress på treningssentrene.

Å ivareta evnen til å jobbe ble betraktet som både en motiverende faktor og noe som kunne komme i konflikt med egenkontroll av sykdommen. Adekvat sykdomskontroll ble beskrevet som viktig for personer som trivdes i jobben sin. De ønsket å bevare en god helse, slik at de kunne jobbe mye. Andre fortalte at ulike forhold ved jobben kunne gjøre det vanskeligere å sørge for egenkontroll av sykdommen, for eksempel at de jobbet overtid eller at de ikke hadde tid til å følge opp sykdommen så mye som de skulle ønske (Oftedal et al., 2010a)

En utfordring ved utforskning av ambivalens kan være at sykepleieren føler det som en plikt til å argumentere for de gode grunnene for en livsstilsendring, noe som fører til at pasienten kan komme i en defensiv posisjon og argumentere for grunnene imot en livsstilsendring for å forsøke å få frem ulike sider av saken. Dette kan resultere i en debatt mellom hjelperen og pasienten og bidra til økt motstand hos pasienten. (Barth et al., 2013, s. 65-66) Motstand er et tegn på at veilederen burde ta et skritt tilbake og moderere veiledningssamtalen (Ivarsson, 2010, s. 21)

Ved endring av livsstil er forventning om at man er i stand til å gjennomføre denne endringen viktig (Eide & Eide, 2007, s. 344). Ifølge Ivarsson (2010) er det viktig at sykepleieren understøtter pasientens tro på seg selv. Når sykepleieren viser at hun har tro på pasientens evner, vil pasientens tro på seg selv styrkes. Sykepleieren er derfor optimistisk og forsterker pasientens positive sider. For å utforske og styrke pasientens mestringstro kan sykepleieren stille spørsmål som: ”Hvilke sterke sider har du som du kan bruke i denne situasjonen?” eller ”Hva kan du gjøre for å virkelig lykkes med dette?” (Ivarsson, 2010, s. 20).

Ifølge Ivarsson (2010) kan en ambivalensutforskende samtale hjelpe pasienten til å sortere tanker og følelser rundt en endring. Ved utforskning av pasientens ambivalens vil sykepleieren utforske fordelene og ulempene ved pasientens nåværende livsstil, og ulempene og til sist fordelene ved å foreta livsstilsendringer. Som nevnt tidligere, kan det være hensiktsmessig å foreta en ambivalensutforskning slik illustrasjonen på side 15 viser. Sykepleieren bekrefter de negative konsekvensene ved pasientens nåværende livsstil, og vektlegger de positive sidene ved å gjøre en endring. På slutten av samtalen forsøker sykepleieren å oppmuntre pasienten til å ta en beslutning (Ivarsson, 2010, s. 39-44). Dette kan

hun gjøre ved å stille et åpent spørsmål som for eksempel: ”Hva betyr dette for deg?”
”Dersom du bestemmer deg for å endre dette, hva kan du gjøre?” (Ivarsson, 2010, s. 44).

4.2.3 Handlingsfasen

I handlingsfasen har pasienten fått en tydelig problembevissthet og motivert for å gjennomføre endringen. Pasienten er ikke lenger ambivalent (Eide & Eide, 2007, s. 343). Det viktig at pasienten forplikter seg til en beslutning og utfører de praktiske forberedelsene som er nødvendig for å gjennomføre endingen. En samtale om beslutningen pasienten har tatt og planene videre kan gjøre at personen føler en forpliktelse ovenfor valget (Barth et al., 2013, s. 66-67). Bekreftende kommunikasjonsferdigheter kan brukes for å forsterke og bekrefte pasientens uttalte ønsker om endring av livsstil (Eide & Eide, 2007, s. 343). Hvis man ikke kommer i gang med endringen etter en viss tid i vil energien i beslutningen bli borte og pasienten vil gå tilbake til tidligere faser av endringsprosessen (Barth et al., 2013, s. 66-67). Når pasienten er i handlingsfasen må sykepleieren også hjelpe pasienten med å kartlegge mulige alternativer gjennom dialog, sette mål og utarbeide en plan (Ivarsson, 2010, s. 44). For å skape et fundament for å utforme mål og planer kan hjelperen bruke utforskende og åpne spørsmål for å få pasienten til å reflektere over handlingsplaner og mulige mål (Eide & Eide, 2007, s. 343-344). Som nevnt tidligere må tiltak og mål tilpasses pasientens individuelle forutsetninger som kostvaner, vekt og fysiske aktivitetsnivå (Sagen, 2011, s. 40). På diabetespoliklinikker jobber det spesialisert helsepersonell med god kunnskap diabetes. En studie utført av McDowell et al. (2009) viser at deltagerne anså informasjonen de fikk i spesialisthelsetjenesten som spesialisert og oppdatert, noe som ble høyt verdsatt. Deltakerne i Oftedal et al. (2010b) ønsket praktisk og individualisert informasjon som var relatert til deres egne liv. Dette funnet understøttes også av studien til McDowell et al. (2009). Deltakerne ønsket ikke bare undervisning og informasjon, men også en forståelse for hvordan de kunne implementere kunnskapen i deres egne liv.

Målene utformes i ved dialog med pasienten og bør være konkrete og realistiske (Ivarsson, 2010, s. 44). Som nevnt tidligere kan for høye mål og forventinger resultere i motstand hos pasienten (Jansik et al, 2010). Ved å sette seg delmål kan pasienten fokusere på en ting av gangen (Ivarsson, 2010, s. 44). De færreste klarer å leve med et en ekstremt helsefokusert livsstil over lang tid. Aas (2011, s. 142) hevder at jo større endringene er, desto vanskeligere kan det være å følge opp målene over tid. Før eller siden vil livsstilen da komme i konflikt

med andre personlige verdier og mål. Hvis sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens nåværende kosthold og endrer kun det aller nødvendige, øker sjansen for at pasienten lykkes og klarer å opprettholde endringene over tid (Aas, 2011, s. 140). Det kan være urealistisk for pasienten å ha som mål å gjennomføre 150 minutter moderat fysisk aktivitet hver uke slik som Helsedirektoratet (2014) anbefaler. Pasienten kan for eksempel isteden ha som mål å gjennomføre lett til moderat fysisk aktivitet 30 minutter tre ganger i uka. Ifølge Aas (2011, s. 142) tar det opp til 2 år å innarbeide en ny vane. Endringen bør derfor være såpass realistisk at den kan vedlikeholdes i 2 år (Aas, 2011, s. 142).

Oftedal, Karlsen & Bru (2011) viser at etterlevelsen etter råd om fysisk aktivitet er lavere enn etterlevelsen etter å følge kostholdsråd, og er antageligvis mer avhengig av pasientens tro på egen mestring. Dette kan tyde på at helsepersonell bør legge større vekt på fysisk aktivitet ved veiledning av pasienter med type 2 diabetes (Oftedal et al., 2011). Oftedal et al. (2011) henviser til flere tidligere studier som har vist at treningsgrupper kan bidra til økt motivasjon for fysisk aktivitet.

4.2.5 Vedlikeholdsfasen

Ifølge Barth et al. (2013, s. 68-69) vil perioden med aktivt endringsarbeid kreve at pasienten må jobbe med seg selv kontinuerlig. For at endringen skal bli permanent forutsetter det at de nye adferdsmønstrene blir mer eller mindre automatiserte. Ofte går ting mer av seg selv etterhvert. Fristelsen for tilbakefall kommer sjeldnere og sjeldnere. Men motivasjonen kan allikevel bli satt på prøve. I perioder kan det kreves at personen jobber aktivt for å vedlikeholde endringen. For å holde motivasjonen oppe kan det være nødvendig å kontinuerlig minne seg på grunnene til endring. En vellykket endring kan forutsette at man har en oversikt over hvilke tanker og ulike situasjoner som kan lede til tilbakefall, og at man tenker gjennom disse på forhånd. På denne måten kan man håndtere de på en god måte når de oppstår og unngå tilbakefall. Det kan være viktig å omgås mennesker som er positive og oppmuntrende, og kanskje unngå eller forberede seg på forhånd når man skal være sammen med noen som har negativ innflytelse livsstilsendringen (Barth et al., 2013, s. 68-69). I studien utført av Oftedal et al. (2010a) ble tilhørighet nevnt som en verdi som kunne komme i konflikt med egenkontroll av sykdommen. Flere av deltagerne hadde et ønske om å ikke være annerledes. De ønsket å nyte livet og spise det samme som de rundt en (Oftedal et al., 2010a). Det kan derfor være nødvendig for pasienten å tenke gjennom slike situasjoner som kan føre

til tilbakefall, som for eksempel familiemiddager. Hvis pasienten forbereder seg på slike situasjoner ved å for eksempel fortelle familien at han har endret livsstil, kan det være lettere å takke nei til desserter eller søtsaker. I Oftedal et al. (2010a) var det noen av deltagerne som fortalte om fordelene ved tilhørigheten de opplevde ved å delta i en gruppeaktivitet slik som en treningsgruppe eller matlagingskurs. Det var noe som bidro til økt motivasjon til å spise sunnere eller trene mer. Det har vist seg at de som oppnår en viss grad av vektreduksjon, som oftest vil være tilbake til utgangsvekten etter få år (Sagen, 2011, s. 39). Dette understøtter behovet for kontinuerlig og langvarig oppfølging. Støtte og råd fra andre personer med diabetes kan også bidra til økt motivasjon. Regelmessig oppfølging i form kurs eller gruppebasert støtte kan være nyttig (Oftedal et al., 2010b). Disse funnene understøttes også av McDowell et al. (2009). Deltagerne mente at de kunne lære fra andre personer med diabetes på samme måte som de kunne lære fra helsepersonell. De anså andre personer med diabetes som rollemodeller. Hvilken innvirkning sykdommen hadde for helse og velvære for andre gjorde et stort inntrykk.

Konkrete registreringer og målinger som for eksempel veiting, laboratorieresultater om blodtrykk og blodsukkernivåer kan være nyttig (Barth et al., 2013, s. 68). På denne måten vil forbedringene bli tydeligere, noe som vil bidra til økt mestringsfølelse og motivasjon. Dette understøttes av McDowell et al. (2009). Deltagerne i studien ønsket å få et brev med kliniske resultater og blodprøvesvar slik at de kunne sammenligne disse regelmessig.

4.3 Kritikk av motiverende intervju

Motiverende intervju er en anerkjent metode og brukes på de fleste livsstilsområder, men også ved behandling av flere somatiske og psykiske lidelser (Ivarsson, 2010, s. 7-8). Det er ingen tvil om at metoden er populær og utbredt, men hvor effektiv er den egentlig? I Lundahl et al. (2010) ble 119 studier som tok for seg effekten av motiverende intervju innen ulike områder, som rusmisbruk og helserelatert adferd, evaluert. 75 % av alle deltagerne i studiene som ble analysert hadde effekt av motiverende intervju. Bruk av motiverende intervju økte deltagerens engasjement i behandlingen og intensjonen til å endre adferd, og førte antageligvis til økt mestringstro. Metaanalysen viste at motiverende intervju var like effektiv som andre veiledningsmetoder som for eksempel kognitiv adferdsterapi. Studien indikerte at mer jo mer tid som ble viet til motiverende intervju, dess bedre resultat. Disse funnene samsvarer også med litteraturstudien Rubak et al. (2005), hvor 72 randomiserte kliniske studier som tok for

seg effekten av motiverende intervju ved behandling av ulike sykdommer og lidelser, ble evaluert. Av studiene der veiledningssamtalene hadde varighet på 60 minutter viste 81 % effekt av motiverende intervju. Studiene der veiledningssamtalene varte mindre enn 20 minutter viste 64 % effekt. Rubak et al. (2005) viste også at effekten av motiverende intervju økte med antall veiledningssamtaler. Studiene hvor deltagerne kun fikk én veiledningssamtale viste 40 % effekt, men i studiene der deltagerne fikk mer enn fem samtaler fikk 87 % effekt av motiverende intervju. Lengre oppfølgingsperiode gav også bedre resultat. Studiene der deltagerne hadde en tre måneder lang oppfølgingsperiode viste 36 % effekt, mens studiene der deltagerne fikk en oppfølgingsperiode på 12 måneder eller mer fikk 81 % effekt.

I litteraturstudien Mulimba & Byron Daniel (2014) ble åtte studier som handlet om livsstilsveiledning av pasienter med diabetes mellitus ved bruk av motiverende intervju analysert. Studiene ble vurdert ut ifra om motiverende intervju hadde direkte effekt på fysisk aktivitet, kosthold, vekttap, røyking, alkohol, blodglukose, kolesterol og blodtrykk. Positiv effekt av motiverende intervju ble vist i fire av de åtte studiene, men én av disse fire ble vurdert som metodisk svak. Av de fire andre studiene som ikke viste positiv effekt av motiverende intervju ble tre studier regnet som metodisk svake. Litteraturstudien konkluderer med at motiverende intervju ikke kan anbefales som en forskningsbasert metode innen diabetesomsorgen. Årsaken til Mulimba & Byron-Daniel (2014) gav forskjellige resultater sammenlignet med studien til Rubak et al. og Lundahl et al. kan være at det var få studier som ble vurdert i analysen og oppfølgingsperiodene var av varierende lengde. I flere av studiene som ble vurdert i Mulimba & Byron-Daniel (2014) var veiledningssamtalene dessuten av relativ kort varighet (fra 15 til 30 minutter).

Effekten av motiverende intervju kan være vanskelig å måle. Selv om motiverende intervju ikke nødvendigvis gir umiddelbare målbare resultater, kan det være at intervensjonen har igangsatt en begynnende endringsprosess hos pasienten. Studiene ovenfor tyder på at motiverende intervju kan anbefales som en god veiledningsmetode innen mange ulike arenaer, men Mulimba & Byron-Daniel (2014) hevder at mer forskning er nødvendig for å undersøke effekten av motiverende intervju innen diabetesomsorgen.

5 Avslutning

Sykepleiere er forpliktet til å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5). I det helsefremmende arbeidet står begrepet empowerment sentralt (Mæland, 2010, s. 75). Sykepleieren må bruke sin veilederrolle i empowermentsprosessen til å styrke pasientenes egne ressurser slik at pasienten får det beste grunnlaget for å fatte gode beslutninger i forhold til livsstil og egenkontroll av diabetes type 2 (Allgot, 2011, s. 210; Tveiten, 2012, s. 177). Motiverende intervju er en veiledningsmetode som tar utgangspunkt i å styrke pasientens motivasjon for å endre uhensiktsmessig adferd (Barth et al., 2013, s. 13). Brukermedvirkning er viktig i motiverende intervju, da det er pasienten som står i fokus i veiledningen (Ivarsson, 2010, s. 9).

Endringsprosessen kan deles inn i: Føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen. Det er imidlertid verdt å bemerke seg at endring ikke alltid er en rettlinjert prosess. Endringsprosessen kan allikevel gi en forståelse for pasientens grad av motivasjon og styre hvilket hovedfokus sykepleieren bør velge i samtalen (Barth et al., 2013, s. 70-75). I føroverveielsesfasen er pasienten lite motivert til å gjøre endringer i forhold til sin nåværende livsstil. Sykepleieren vil da forsøke å utvikle en diskrepans, en følelse av at alt ikke er som det burde være (Ivarsson, 2010, s. 36). Hun vil bygge tillitt og trygghet ved å vise empati og bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Ivarsson, 2010, s. 19). I overveielsesfasen er pasienten ambivalent. Han veier fordelene og ulempene ved en livsstilsendring opp mot hverandre (Ivarsson, 2010, s. 39). Pasientens personlige verdier kan komme i konflikt med eller skape økt motivasjon for livsstilsendringen (Ofteidal et al., 2010a). Sykepleieren vil hjelpe pasienten med å utforske og løse sin ambivalens, og senere ta en beslutning. Når man skal utføre en vanskelig oppgave er mestringsstro særlig viktig. Det er derfor viktig at sykepleieren understøtter pasientens tro på seg selv og bidrar til økt mestringsfølelse (Ivarsson, 2010, s. 19-20). I handlingsfasen har pasienten fått en tydelig problembesvissthet og er motivert til å gjøre endringer i forhold til egen livsstil. Pasienten er ikke lenger ambivalent (Eide & Eide, 2007, s. 343). Det er viktig at pasienten forplikter seg til en beslutning og gjennomfører de praktiske forberedelsene. En samtale om beslutningen pasienten har tatt og planene videre kan gjøre at personen føler en forpliktelse ovenfor valget han har tatt (Barth et al., 2013, s. 66-67). Bekreftende kommunikasjonsferdigheter kan brukes for å forsterke og bekrefte pasientens uttalte ønsker om endring av livsstil (Eide & Eide, 2007, s. 343) For å skape et fundament for å utforme mål og planer kan hjelperen bruke utforskende

og åpne spørsmål slik at pasienten vil reflektere over handlingsplaner og mulige mål (Eide & Eide, 2007, s. 343-344). Tiltak og mål tilpasses pasientens individuelle forutsetninger som kostvaner, vekt og fysiske aktivitetsnivå (Sagen, 2011, s. 40). Målene utformes i dialog med pasienten og bør være konkrete (Ivarsson, 2010, s. 44).

Perioden med aktivt endringsarbeid kan kreve at pasienten må jobbe med seg selv kontinuerlig. En vellykket endring kan forutsette at man har en oversikt over hvilke tanker og situasjoner som kan lede til tilbakefall, og at man tenker gjennom disse på forhånd. På denne måten kan man håndtere disse på en god måte og redusere risikoen for tilbakefall. Konkrete registreringer og målinger, som for eksempel veiing, laboratorieresultater om blodtrykk og blodsukkernivåer, kan være nyttig. På denne måten vil forbedringene bli tydeligere, noe som vil bidra til økt mestringsfølelse og motivasjon (Barth et al., 2013, s. 68). Flere studier tyder på at motiverende intervju kan anbefales som en god veiledningsmetode innen mange ulike arenaer, men mer forskning er nødvendig for å undersøke effekten av motiverende intervju innen diabetesomsorgen (Lundahl et al., 2010; Mulimba & Byron-Daniel, 2014; Rubak et al., 2005).

Referanseliste

Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 205-215). Oslo: Akribe.

Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling* (s. 123-146). Oslo: Akribe AS.

Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grøholt, E. K. (2014). Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. (Rapport 2014:4). Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>

Gatt, S. & Sammut, R. (2008). An exploratory study of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*. 45 (10). 1525-1533. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.006>

Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I T.-J. Ekeland, & K. Heggen, *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer: Diabetes: Forebygging, diagnostikk og behandling* (IS-1674). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf>

Helsedirektoratet (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (IS-2170) Hentet 06.04.2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (IS-8/2015). Hentet 06.04.2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven%2004-2015.pdf>

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Jansink, R., Braspenning, J., Van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 41(11), 1471-2296. Doi: 10.1186/1471-2296-11-41

Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 379-391). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen - nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236). Oslo: Akribe AS.

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*. 20 (2), 137-160. DOI: 10.1177/1049731509347850.

- McDowell, J. R.S., McPhail, K., Halyburton, G., Brown, M. & Lindsay, G. (2009). Perceptions of a service redesign by adults living with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 65(7), 1432-1441. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05003.x.
- Mulimba, A. A. C & Byron-Daniel, J. (2014). Motivational interviewing-based interventions and diabetes mellitus. *British Journal of Nursing*. 23(1), 8-14. Hentet 11.04.16 fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=10413559>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 06.04.2016, fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010a). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*. 19(17-18), 2548–2556. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x>
- Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010b). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 66(7): 1500-1509. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>
- Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25(4), 735-744. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rienecker, L., Jørgensen, P. S., & Skov, S. (2012). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*. 55 (513), 305-312. Hentet 13.04.2015, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>

Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 19-73). Oslo: Akribe AS.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid .Gammersvik, Å., & Torill, L. *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.

Wilson, V. (2015). Reversing type 2 diabetes with lifestyle change. *Nursing Times*. Hentet 9.10.2015 fra <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/diabetes/reversing-type-2-diabetes-with-lifestyle-change/5083317.article>

World Health Organization (2016a). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 05.04.2016 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization (2016b). *Track 1: Community empowerment*. Hentet 06.04.2016 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>