



Diabetes mellitus type 2 og motiverende intervju

”Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos personer med diabetes mellitus type 2 ved bruk av motiverende intervju?”

Kandidatnummer: 719
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9779
Dato:16.04.18



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole 16.04.18
<u>Tittel</u> Diabetes mellitus type 2 og motiverende intervju	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos personer med diabetes mellitus type 2 ved bruk av motiverende intervju? <u>Teoretisk perspektiv</u> For å belyse problemstillingen har jeg forklart hva diabetes mellitus type 2 er, hvilke komplikasjoner som kan forekomme og sykdommens behandling. Livsstilsendring blir forklart med fokus på kostholdsendring og fysisk aktivitet. Teori om motiverende intervju blir inkludert, sammen med motivasjon og motivasjonsteori. Endringsprosessen blir også presentert. Sykepleierens helsefremmende-, forebyggende- og veiledende funksjon beskrives og avslutningsvis inkluderes sykepleierens juridiske- og etiske rammeverk. <u>Metode</u> Denne oppgaven bruker litteraturstudie som metode, på grunnlag av høgskolens rammer for bacheloroppgaven. Oppgaven er basert pensum- og selvvalgt litteratur, samt forskningslitteratur. Til sammen belyser litteraturen ulike teoretiske perspektiver som bidrar til drøfting. Seks forskjellige forskningsartikler funnet i PubMed og Cinahl anvendes. <u>Drøfting</u> Pasientens brukermedvirkning i motiverende intervju blir drøftet sammen med sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon. Motiverende intervju drøftes i de ulike stadiene i endringsprosessen, ettersom metoden kan være effektivt når samtalen tilpasses fasen i endringsprosessen som pasienten befinner seg i. Effekten av motiverende intervju drøftes basert på to systematiske oversiktsartikler, og avslutningsvis drøftes bruk av motiverende intervju på frisklivssentraler. <u>Konklusjon</u> Forskning og teori tyder på at veiledning basert på prinsippene, kommunikasjonen og holdningene i motiverende intervju, er effektiv for å motivere til livsstilsendringer hos personer med diabetes mellitus type 2. Effektiviteten kan allikevel påvirkes av flere faktorer. I tillegg trengs det mer forskning på området.	

(Totalt antall ord: 243)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av problemstilling	2
1.2	Målgruppe og kontekst	2
1.3	Avgrensninger	2
1.4	Disposisjon	3
2	Teori	4
2.1	Diabetes type 2	4
2.1.1	Komplikasjoner	4
2.1.2	Behandling	5
2.2	Livsstilsendring	6
2.2.1	Kostens betydning	6
2.2.2	Fysisk aktivitet	6
2.3	Motivasjon	7
2.4	Bandura's self-efficacy theory	7
2.5	Motiverende intervju	8
2.5.1	MI holdninger	8
2.5.2	Kommunikasjonsteknikker i MI	9
2.5.3	Prinsipper i MI	9
2.6	Endringsprosessen	10
2.7	Sykepleierens funksjon	11
2.8	Etiske og juridiske aspekter	12
3	Metode	13
3.1	Valg av metode	13
3.2	Faglitteratur	13
3.3	Litteratursøk	13
3.4	Kildekritikk	14
3.4.1	Etiske vurderinger	15
4	Forskningsresultater	16
5	Drøfting	18
5.1	Helsefremming, forebygging og brukermedvirkning	18
5.2	Motiverende intervju i endringsprosessen	19
5.2.1	Føroverveielsesfasen	20
5.2.2	Overveielsesfasen	22
5.2.3	Forberedelsesfasen	24
5.2.4	Handlingsfasen	25
5.2.5	Vedlikeholdsfasen	26
5.3	Effekten av motiverende intervju	26
5.4	Sykepleiere på frisklivssentraler	28
6	Avslutning	30
	Referanseliste	31
	Vedlegg 1	34

1 Innledning

I følge NCD-strategi utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (2013) er det anslått at omtrent 340 000 personer har diabetes mellitus type 2 i Norge. Av disse kan 100 000 ha sykdommen uten å vite det. Strategien har som mål å forebygge, diagnostisere, behandle og rehabilitere de fire store folkesykdommene i Norge, hvor diabetes er en av sykdommene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Forekomsten av diabetes type 2 er økende, særlig blant unge voksne og forventet levealder er lavere enn hos gjennomsnittsbefolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Diabetes type 2 er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes av insulinresistens og insulin mangel, som forårsaker høye blodsukkerverdier. Sykdommen skyldes både arv og livsstil, og behandling rettes i stor grad mot livsstilsendring for å hindre senkomplikasjoner (Jenssen, 2011, s. 385). Kostregulering og fysisk aktivitet er livsstilsendringer som bidrar til metabolsk kontroll, og er sentrale tiltak i behandlingen (Sagen, 2011b, s. 38).

Sykdommen krever en stor egeninnsats ettersom daglige valg har betydning for reguleringen av blodsukkernivået (Allgot, 2011, s. 208). I følge Aas (2011, s. 139) er det like viktig å finne motivasjonsnivået som å gi konkret informasjon om livsstilsendring. Motiverende intervju er et kjent samtaleverktøy ved alkoholisme og røykeslutt, men kan overføres til andre områder hvor mennesket har behov for å endre atferd, som for eksempel kostholdsendring og fysisk aktivitet (Ivarsson, 2016, s. 11). I følge Barth, Børtveit og Prescott (2013, s. 75) er motiverende intervju en personsentrert samtalemetode hvor sykepleier og pasient samarbeider om et felles endringsprosjekt. Ulike aspekter ved endring utforskes med mål om å styrke motivasjon og mestringstro, som videre kan lede til en beslutning om positiv endring. Nyere studier viser også at motiverende intervju kan være en effektiv metode for å skape motivasjon til kostholdsendring og fysisk aktivitet (Ekong & Kavookijan, 2016; Soderlund, 2018).

Jeg har valgt å skrive om diabetes og motiverende intervju fordi jeg synes dette er et spennende felt som jeg ønsker å lære mer om. Jeg mener at temaet er svært aktuelt ettersom det i dag stilles økende forventninger til at sykepleiere arbeider helsefremmende, samt har veiledningskompetanse (Ivarsson, 2016, s. 11). Sagen (2011b, s. 39) forteller at å motivere til kostholdsendring, vektreduksjon og fysisk aktivitet er en utfordring. Hensikten med oppgaven er derfor å utforske motiverende intervju som samtalemetode for å motivere personer med

diabetes type 2. Formålet er å styrke min faglige og personlige kompetanse, slik at jeg kan motivere til livsstilsendringer hos personer med diabetes.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos personer med diabetes mellitus type 2 ved bruk av motiverende intervju?

1.2 Målgruppe og kontekst

Målgruppen i denne oppgaven er pasienter diagnostisert med diabetes mellitus type 2. Pasientgruppen kan både nylig ha fått diagnosen, eller ha levd med sykdommen over tid. Det vil spesielt være fokus på pasienter som har behov for økt motivasjon til å tilrettelegge livsstil etter å ha fått diagnosen. I følge Jenssen (2011, s. 385) får stadig yngre mennesker diagnosen, derfor har jeg valgt å skrive om voksne mellom 18 og 70 år. Konteksten vil være pasienter i primærhelsetjenesten på frisklivssentraler, som er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2016). I følge samhandlingsreformen skal befolkningen i økende grad få tilbud om helsetjenester nær hjemmet, da dette er gunstig for pasienten samtidig som det er kostnadseffektivt. Fremover skal helsefremming og forebygging være et større fokus i primærhelsetjenesten og jeg har derfor valgt å finne pasienten på kommunale frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2017; Kristoffersen, 2016b, s. 207-215). I denne oppgaven vil sykepleier som jobber på frisklivssentralen fungere som en veileder for pasientgruppa og bruke motiverende intervju som samtalemetode.

1.3 Avgrensninger

Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter med diabetes mellitus type 2, som i oppgaven vil bli kalt diabetes type 2. Andre typer diabetes som for eksempel diabetes type 1, svangerskapsdiabetes, maturity onset diabetes of the young (MODY) eller late autoimmune diabetes in adult (LADA) blir ikke gått nærmere inn på (Jenssen, 2011, s. 385). Det grunnleggende om diabetes type 2 og hvorfor det er viktig at sykepleier har kunnskap om denne sykdommen vil bli forklart. Fysiologien bak diabetes blir ekskludert, men komplikasjoner og konsekvenser hvis pasienten ikke etterlever livsstilsrådene blir forklart for å begrunne alvorligheten av sykdommen.

Det vil bli fokusert på livsstilsendring som behandling, og farmakologisk behandling ekskluderes. Dette fordi tilrettelegging av livsstil ofte er tilstrekkelig for tilfredsstillende blodglukoseregulering de første årene etter diagnostisering (Jenssen, 2011, s. 387). For å avgrense oppgaven, blir det fokusert på kostregulering og fysisk aktivitet som behandling for diabetes type 2. Jeg vil ikke gå detaljert inn på hvilke spesifikke endringer innen kostregulering og fysisk aktivitet pasienten bør gjøre, men heller ha fokuset på hvordan sykepleieren kan bidra til å øke motivasjon hos pasienten. Kostregulering og fysisk aktivitet blir brukt til å eksemplifisere hvordan motiverende intervju kan motivere pasienter med diabetes type 2. I oppgaven blir personer med diabetes type 2 omtalt som pasienter, ettersom alle personer som henvender seg helse- og omsorgstjenesten for å få helsehjelp er pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pårørende perspektivet blir ikke tatt med i oppgaven på grunnlag av oppgavens omfang.

Motiverende intervju er en samtalem metode som sammenfaller med prinsippene innen pedagogisk veiledning (Kristoffersen, 2016c, s. 388). Det vil derfor bli fokusert på sykepleierens veiledende funksjon og sykepleierens undervisende funksjon ekskluderes. Motiverende intervju blir forkortet til MI. Andre kommunikasjonsteknikker blir ikke inkludert. Sykepleier blir omtalt som "hun" og pasienten som "han".

1.4 Disposisjon

Første del av oppgaven, kapittel 2, vil bestå av oppgavens teoretiske grunnlag. Her blir diabetes type 2, livsstilsendringer, motivasjonsteori, og motiverende intervju beskrevet. I kapittel 3 blir metoden for oppgaven forklart, hvor søkehistorikk og kildekritikk av fag- og forskningslitteratur blir inkludert. Kapittel 4 består av en matrise som viser en oversikt over utvalgt forskning. I kapittel 5 blir teori og forskningsfunn drøftet. Avslutningsvis blir oppgaven oppsummert.

2 Teori

2.1 Diabetes type 2

Diabetes mellitus type 2 er en kronisk sykdom (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Kronisk sykdom er en irreversibel konstant sykdomstilstand, som har innvirkning på hele mennesket og dets omgivelser. Å leve med kronisk sykdom krever egenomsorg og forebygging av funksjonssvikt (Curtin og Lubkin referert i Fjørtoft, 2016, s. 49). Pasienter med diabetes type 2 er preget av hyperglykemi, grunnet en kombinasjon av manglende insulin og insulinresistens. Mangelen av insulin kommer av redusert utskillelse fra pankreas. Insulinresistens er konsekvens av nedsatt glukoseopptak i muskler og fettvev, fordi virkningen av insulinet er redusert (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). Ved diabetes type 2 forekommer det derfor en relativ insulin mangel, det vil si at frigjøringen av insulin er utilstrekkelig i forhold til behovet (Sagen, 2011b, s. 25).

Diabetes er et økende helseproblem i den vestlige verden, og omkring 90% av alle som lever med diabetes har diabetes type 2. Sykdommen utvikler seg ofte langsomt, og fravær av symptomer på hyperglykemi kan forårsake forsinket diagnose (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53; Sagen, 2011b, s. 38). Sykdommen debuterer som regel fra 40-årsalderen og oppover, men personer i 20-årsalderen kan også utvikle sykdommen (Jenssen, 2011, s. 393). Økende forekomst av fedme forårsaker at flere personer utvikler insulinresistens, noe som i fremtiden kan resultere i enda større utbredelse av diabetes type 2 (Sagen, 2011b, s. 38).

Sykdommen skyldes en interaksjon mellom arv og miljøfaktorer (Sagen, 2011b, s. 27). Gjennomsnittsalderen har blitt høyere og diagnostikken bedre. I tillegg er inntaket av fett og sukker økende, og befolkningen er i mindre grad fysisk aktive (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54). Det er også funnet assosiasjon til flere gener i forhold til genetisk disposisjon hos pasienter med diabetes type 2, men ingen gener er alene årsaken til forekomst av sykdommen (Sagen, 2011b, s. 27).

2.1.1 Komplikasjoner

To av tre pasienter med diabetes har minst en senkomplikasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I følge Sagen (2011b, s. 25) gir forsinket diagnostisering og

manglende selvregulering økt risiko for senkomplikasjoner. Høy blodglukose disponerer for forandring i blodkar i forskjellige organer. Komplikasjonene blir delt inn i mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjoner ettersom hvilke blodårer som blir affektert (Jenssen, 2011, s. 388).

Makrovaskulære komplikasjoner er den vanligste årsaken til sykkelighet og dødelighet hos personer med diabetes type 2 (Sagen, 2011b, s. 61). Makrovaskulære komplikasjoner omfatter de store karene, hvor LDL-kolesterol lager plakk i de store arteriene og gjør dem trangere. Aterosklerose øker risiko for iskemisk hjertesykdom og iskemisk hjernesykdom. Dette kan forårsake angina pectoris, hjerte infarkt, hjerneslag og transitorisk iskemisk anfall (TIA) (Jenssen, 2011, s. 388). Mikrovaskulære komplikasjoner omfatter forandringer i de mindre blodkarene i øyne (retinopati), nyrer (nefropati), og i perifere nerver (nevropati) (Sagen, 2011b, s. 56). Retinopati er forandringer i øyebunnen som kan forårsake blindhet. Nefropati er forandringer i karvegg og basalmembran i nyrene som kan føre til nyresvikt (Jenssen, 2011, s. 388). Nevropati skyldes forandring i sirkulasjon til nervetrådene. Som regel rammer nevropati sensoriske nerver i hender og føtter som gir nedsatt følsomhet og dermed økt risiko for gangvansker og trykksår (Jenssen, 2011, s. 389).

2.1.2 Behandling

I følge Sagen (2011b, s. 38-39) er behandling av diabetes er rettet mot å bedre prognose ved å hindre eller forsinke progresjon av senkomplikasjoner, samt unngå hypo- eller hyperglykemi. Han understreker videre at livsstilsbehandling som omfatter kostregulering og fysisk aktivitet er grunnleggende i behandlingen, og kan forebygge utvikling av diabetes. Jenssen (2011, s. 387) påpeker at hos mange pasienter med diabetes er ikke-farmakologiske tiltak tilstrekkelig for god metabolsk kontroll. Et sentralt mål for pasienter med diabetes kan derfor være å oppnå optimal selvregulering. Selvregulering kan defineres som individets evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer som er forbundet med å leve med en kronisk sykdom (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002). Karlsen (2011, s. 216) mener at pasienten trenger innsikt i egen sykdom og et kontinuerlig tilbud om opplæring og veiledning. Dette krever at sykepleier har pedagogiske kompetanse. Han forklarer at sykepleiere må legge stor vekt på å motivere til egenomsorg og mestring, og legge til rette veiledning ved å vektlegge psykososiale aspekter (Karlsen, 2011, s. 216).

2.2 Livsstilsendring

Livsstil er i følge Kristoffersen (2016a, s. 297) en persons levevaner. Slike levevaner kan ha betydning for menneskers helse, eksempelvis levevaner knyttet til kosthold, aktivitet, røyking, bruk av alkohol og rusmidler. En livsstilsendring kan være nødvendig for å fremme helse og forebygge sykdom (Kristoffersen, 2016a, s. 297). Ettersom diabetes type 2 er en livsstilssykdom, er basis i behandlingen å tilrettelegge personens levevaner (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54).

2.2.1 Kostens betydning

I følge Aas (2011, s. 123) påvirkes blodsukkeret vårt av hva vi spiser og når vi spiser. Hun forklarer at det som styrer våre matvaner, er hva vi ønsker å spise. Vaner, tradisjon, tilgjengelighet, tid og økonomi er faktorer som kan komme i konflikt med behovet for god blodsukkerregulering. Det er derfor grunnleggende at personer med diabetes type 2 har god kunnskap om kosthold (Aas, 2011, s. 123). Det er vanskelig å følge opp store endringer over tid, og det bør derfor kun fokuseres på nødvendige endringer i kostholdet (Aas, 2011, s. 140). Mosand og Stubberud (2016, s. 65-66) mener at pasienter bør ha kunnskap om måltidenes sammensetning og matvarenes virkning på kroppen. Normalkost med lavere sukker- og fettinnhold er anbefalt for personer med diabetes. I tillegg anbefales det å spise minst tre måltider om dagen, samt opptil tre mellommåltider. Dette vil gi kroppen et jevnt tilskudd av energigivende næringsstoffer og en tilstrekkelig egenproduksjon av insulin (Mosand & Stubberud, 2016, s. 65-66).

2.2.2 Fysisk aktivitet

I følge folkehelseinstituttet er fysisk aktivitet definert som ”all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en betydelig økning i energiforbruket over hvilenivå” (Folkehelseinstituttet, 2017, avsnitt 2). Regelmessig fysisk aktivitet fører til at blodsukkernivået reduseres ettersom man forbruker glukose. I tillegg øker fysisk aktivitet insulinfølsomheten, noe som gjør behovet for insulin mindre (Sagen, 2011a, s. 152). Mosand og Stubberud (2016, s. 68) forklarer at regelmessig fysisk aktivitet kan senke gjennomsnittlig HbA1c nivå og bedre den metabolske kontrollen på lik linje som ved bruk av medikamentell

behandling. I følge Sagen (2011a, s. 152) reduserer også fysisk aktivitet risikoen for hjerte- og karsykdommer ved å redusere blodtrykk og kolesterol.

Energiforbruket øker ved fysisk aktivitet, og dersom personen har et større forbruk enn inntak over tid vil pasienten gå ned i vekt. Dette kan være gunstig hos overvektige pasienter med diabetes type 2, da redusert vekt vil føre til et mindre insulinbehov og at egenproduksjon av insulin kan være tilstrekkelig. Dette krever motivasjon, samt støtte og oppfølging av helsepersonell (Mosand & Stubberud, 2016, s. 68). Treningsprogram må tilrettelegges til hver enkelt pasient. Uansett valg av treningsform vil insulinfølsomhet bedres (Sagen, 2011a, s. 153).

2.3 Motivasjon

Motivasjon er definert som ”mobilisering av energi og retning for å skape interesse og utvikle engasjement og lyst til selv å investere i bestemte aktiviteter og handlinger” (Karlsen, 2011, s. 220). Når en person gjør noe som er forventet eller gjør det for en belønning, er handlingen ytre motivert. Indre motivasjon sees når en person gjør en handling for egen del (Håkonsen, 2014, s. 93). I følge Tveiten (2008, s. 121) er den mest effektive motivasjonen menneskets indre motivasjon.

Karlsen (2011, s. 220) mener at troen på seg selv er avgjørende for om en person ønsker å prøve å mestre. Han mener også at hvilken mening personen tillegger situasjonen også har betydning for om personen kommer til å utføre en handling. Bevissthet om at nåværende atferd kan skape negative konsekvenser, kan fremme utvikling av motivasjon til atferdsendring. Slik bevissthet kan dermed påføre bekymring for fremtiden og skyldfølelse for fortid, som bidrar til sterkere endringsmotivasjon.

2.4 Bandura's self-efficacy theory

Self-efficacy er et begrep utviklet av den kanadiske psykologen Albert Bandura. På norsk, kan begrepet oversettes til mestringstro eller mestringsforventning (Kristoffersen, 2016a, s. 314). Self-efficacy er en persons tro på egen evne til å lykkes i en gitt situasjon. Jo større tankene om egen evne er, desto bedre vil personen prestere (Bandura, 1997, s. 79). Bandura (1997, s. 81) forklarer at dersom man mangler tro på å lykkes, er sjansen stor for å lett gi opp,

eller ikke engang prøve. Kunnskap om hvordan regulere egen atferd og deres tro på egen evne, er derfor essensielt for atferdsendring (Bandura, 1997, s. 280). Bandura (1997, s. 79) forklarer at informasjon som er relevant for å dømme en persons evne, ikke er medfødt, men utviklet gjennom kognitive prosesser og refleksjon. Han mener mestringstro påvirkes av fire kilder til informasjon: Personens egen vurdering av situasjonen basert på tidligere erfaringer, personens vurderinger av andres evner til å lykkes, om andre har tro på personens evner, og personens fysiologiske og affektive tilstand (Bandura, 1997, s. 79).

2.5 Motiverende intervju

MI er en personfokusert samtalemetode hvor pasientens syn på situasjonen og sin egen livsstil er temaet. Samtalen baserer seg på kunnskap om hvordan samtale med en sykepleier kan gi økt motivasjon til endring, uavhengig hvilke tanker pasienten har om sin situasjon. Det er et felles prosjekt hvor pasient og sykepleier samarbeider for å nå et felles mål (Kristoffersen, 2016c, s. 387). Hensikten ved bruk av MI er at pasienten har økt sannsynligheten for å ta en beslutning om endring. Det oppstår ofte automatiske reaksjoner hos sykepleier i møte med pasientens utfordringer som er ugunstige i veiledningssamtaler, og dette kan redusere pasientens motivasjon. For eksempel kan sykepleieren ”minne” pasienten på hvorfor det er helsefarlig å ligge på sofaen og spise søtsaker hver dag. I følge Barth et al. (2013, s. 17) inntar sykepleieren da en autoritær rolle, noe som kan svekke pasientens motivasjon. MI bidrar til å organisere samtalen slik at sykepleier styrer unna slik uhensiktsmessig kommunikasjon. Samtalemetoden legger vekt på samarbeidet mellom sykepleier og pasient, på lik linje som det konkrete innholdet i samtalen (Barth et al., 2013, s. 17).

2.5.1 MI holdninger

I følge Ivarsson (2016, s. 16-17) påvirkes veiledningssamtalen av sykepleierens stil, holdning og kommunikasjon. Derfor er det viktig at sykepleier har en ikke-dømmende holdning og en samarbeidende tilnærming. Sykepleieren må være fordomsfri og vise respekt for autonomi, samt bidra med å finne den beste løsningen for pasienten (Ivarsson, 2016, s. 16-17). Kommunikasjon bør være preget av aksept, respekt og empati. Verdigrunnlaget i MI skal hjelpe sykepleier til å unngå uhensiktsmessig kommunikasjon i samtalen (Barth et al., 2013, s. 22-23).

2.5.2 Kommunikasjonsteknikker i MI

Åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer er i følge Barth et al. (2013, s. 46) grunnleggende kommunikasjonsteknikker i MI, og omtales som klientsentrert kommunikasjon. Et åpent spørsmål er et spørsmål som inviterer en person til å fortelle om sine oppfatninger og synspunkter. Det kan altså ikke besvares med korte, definerte svar, og spørsmålet vil gjerne starte med et spørreord (Barth et al., 2013, s. 47). Refleksjoner søker å utforske og drøfte pasientens forhold til de ulike sidene av temaet. Det kan være enkle refleksjoner som består av en setning, et ord eller en antakelse, som gjør at personens ytring holdes i fokus. Sykepleieren repeterer her personens ytring eller omformulere med andre ord, uten at meningsinnhold endres. Komplekse refleksjoner reflekterer bakenforliggende meninger eller følelser. Det brukes når pasienten ikke direkte formidler sitt perspektiv, men sykepleier gjør en gjetning eller tolkning om hva som ligger bak. Hensikten med refleksjoner er å styrke personens beslutning om endring (Barth et al., 2013, s. 47). Oppsummeringer er en gjengivelse av hovedpunktene i samtalen, hvor noen elementer fremheves fremfor andre. Sykepleier sammenfatter og forsterker de deler av pasientens egne argumenter som er for endring, noe som er en viktig del av hjelpen og påvirkningen som blir tilbudt i MI (Barth et al., 2013, s. 48-53).

2.5.3 Prinsipper i MI

Det antas i motiverende intervju at man bli påvirket av egne ytringer. Sykepleier kan derfor gjennom åpne spørsmål og lytting hente frem ”endringssnakk” fra pasienten. ”Endringssnakk” er ønsker eller grunner til å gjøre en endring (Barth et al., 2013, s. 111; Ivarsson, 2016, s. 38). Pasienten kan også komme med ”vedlikeholdssnakk”, som er ytringer for å fortsette som tidligere, altså ikke endre. Målet for sykepleieren er å styrke endringssiden og redusere vedlikeholdssiden, for at pasienten skal kunne ta en beslutning og forplikte seg (Kommunetorget, 2018).

Motstand i motiverende intervju handler om at sykepleier føler endringsprosessen stanser og at deres hjelp ikke vil bli mottatt. Samarbeidet fungerer ikke lenger som det skal og relasjonen er preget av konflikter (Barth et al., 2013, s. 93). Slik motstand kan reduseres ved at sykepleier tilpasser sin holdning. Sykepleieren kan ”rulle med motstanden”, noe som vil si at hun er støttende, reflekterende og bekreftende. Negative tanker og holdninger holdes på

avstand, og sykepleieren viser forståelse og aksept ovenfor pasienten, samt har en ikke-dømmende holdning (Barth et al., 2013, s. 99).

2.6 Endringsprosessen

En forandringsprosess knyttet til motivasjon går som regel i faser (Eide & Eide, 2017, s. 262). Prochaska og DiClemente er to psykologer som i 1980-årene utviklet en modell for endring av skadelig atferd og vaner - *The Stages of Change model*. Modellen består av fem forskjellige faser; føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992, referert i Barth et al., 2013, s. 61-62).

I den første fasen, *føroverveielsefasen*, er personen lite motivert til endring og opplever ikke egen atferd som problematisk (Barth et al., 2013, s. 62-63). Personen tenker kanskje at gleden ved atferden er større enn ulempene, og har ingen planer om å gjøre endring. Dette kan komme av at personen rasjonaliserer, bagatelliserer eller benekter problemet (Eide & Eide, 2017, s. 263).

Overveielsefasen er den andre fasen. Her vil pasienten kanskje ønske forandring, men er usikker på om det egentlig er nødvendig. Fasen er preget av ambivalens, hvor pasienten veier det positive og det negative ved atferden opp mot hverandre (Eide & Eide, 2017, s. 266). Barth et al. (2013, s. 77) definerer ambivalens som “en sinnstilstand der man opplever motstridende følelser og holdninger til noe”. Innstillingen til atferd og endring er skiftende og pasienten har ikke tatt noen beslutning (Barth et al., 2013, s. 65).

I *forberedelsefasen* er en beslutning om endring tatt. Her arbeider pasienten med å forplikte seg til beslutningen om endring og gjør de praktiske forberedelsene som kreves (Barth et al., 2013, s. 66-67).

Handlingsfasen er fasen hvor pasienten gjør de ønskelige forandringene. Pasienten er motivert og fokusert på fremgang og forbedring. I denne fasen blir atferdsendringer synlige (Barth et al., 2013, s. 68; Eide & Eide, 2017, s. 270).

Vedlikeholdsfasen krever at pasienten opprettholder motivasjon og hindrer tilbakefall. Pasienten vil bli utsatt for mange fristelser og motivasjonen vil bli satt på prøve (Eide & Eide, 2017, s. 270-271).

Barth et al. (2013, s. 66) forklarer at fasene i endringsprosess kan overlape hverandre. En pasient kan også være i ulike faser for ulike livsstilsendringer (Barth et al., 2013, s. 75). Endring trenger ikke nødvendigvis å være en rettlinjet prosess, og det kan kreve flere endringsforsøk før pasienten lykkes i å endre livsstil. Pasientens innstilling til endring endres over tid, og endring skjer ikke ved et enkelt vendepunkt (Barth et al., 2013, s. 61-62).

2.7 Sykepleierens funksjon

I følge Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø (2016, s. 17) omfatter sykepleie som yrke flere funksjons- og ansvarsområder. Sykepleieren har blant annet en helsefremmende funksjon, som dreier seg om å ivareta og styrke pasienters ressurser som fremmer helse og velvære (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Denne funksjonen kan pasienter med diabetes ha behov for, da det kan være en utfordring for pasientene å leve med sykdommen (Sagen, 2011b, s. 20). Sykepleieren har også en forebyggende funksjon, som rettes mot både friske og personer som er utsatt for helsesvikt og komplikasjoner. Tertiærforebygging kan være relevant for personer med diabetes, da dette sikter mot forebygging av komplikasjoner hos personer med kroniske sykdommer (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

Sykepleieren har en veiledende funksjon, og har blant annet ansvar for å veilede pasienter (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). I følge Tveiten (2008, s. 79) er veiledning en formell, pedagogisk og relasjonell prosess som legger til rette for at pasient skal bli i stand til å ta kontroll over eget liv og helse. En veileder skal møte pasienten der han er og tilpasse veiledningen til pasientens behov. Veilederen skal ikke gi svar, men hjelpe pasienten til å selv finne svar på en problemstilling ettersom dette kan bidra til mestring hos pasienten (Tveiten, 2008, s. 79-80).

2.8 Etiske og juridiske aspekter

1. Januar 2012 ble samhandlingsreformen innført. Et hovedmål med denne reformen er å fremme helse og forbygge sykdom (Helsedirektoratet, 2017). I Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3 første ledd, er det lovfestet at kommunen har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom og skade. Videre sier loven at dette skal skje gjennom opplysning, råd og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). At sykepleier arbeider helsefremmende og forebyggende er også nedfelt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer om sykepleieren og pasienten (Sneltvedt, 2016, s. 111).

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienter rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbud skal utformes i samarbeid med pasient så langt det lar seg gjøre. Pasienter har også rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og tilstrekkelig innsikt i helsetilbudet for å kunne ivareta egne rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Rett til medvirkning og informasjon er i samsvar med autonomiprinsippet, som forklarer helsepersonell skal respektere pasienters selvstendige valg (Brichmann, 2016, s. 93).

3 Metode

I følge Dalland (2017, s. 50) er metode et redskap i møte med noe vi vil undersøke. Det er noe som forteller oss hvordan vi bør gå frem for å finne kunnskap og bruke denne kunnskapen til å besvare en problemstilling. I dette kapitelet blir valgt metode beskrevet, i tillegg blir litteratursøk og søkehistorikk presentert. Kildekritikk inkluderes avslutningsvis.

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven bruker litteraturstudie som metode, på grunnlag av høgskolens rammer for bacheloroppgaven. En litteraturstudie er en studie som kjennetegnes av at kunnskap fra fag- og forskningslitteratur systematiseres. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, deretter kritisk analysere og vurdere funnene, og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig referert i Thidemann, 2015, s. 79). Denne oppgaven er basert på pensum- og selvvalgt litteratur, samt forskningslitteratur som til sammen belyser ulike teoretiske perspektiver som bidrar til drøfting.

3.2 Faglitteratur

Jeg har funnet relevant faglitteratur på LDH sitt bibliotek ved å søke i deres database, Oria. Jeg har også brukt nettsidene til Lovdata, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, NSF og Kommunetorget. Både primær- og sekundærlitteratur er anvendt i oppgaven, men jeg har tilstrebet å bruke primærlitteratur for å hindre feiltolkninger. Alle bøker som er brukt er skrevet av fagpersoner. Samtlige av fagbøkene som er anvendt er gitt ut i løpet av de siste 10 årene og jeg anser dem derfor oppdaterte og relevante. Et unntak er boken til Albert Bandura som ble utgitt i 1997, men jeg anser boken som gyldig da det er en primærkilde i tillegg til at hans teori fortsatt er i bruk i dag. Definisjonen av selvregulering ble hentet fra en artikkel fra 2002, men anses også som gyldig da den er grunnleggende (Barlow et al., 2002).

3.3 Litteratursøk

For å finne forskningsartikler har jeg brukt databasene CINAHL og PubMed. Jeg har gjort systematiske søk, hvor jeg har brukt søkeordene "Diabetes type 2", "Motivational interviewing", "Nurse", "Health care practioners", "Self-regulation", "Behaviour change", "Patient satisfaction", "Support", "Personal values". Ordene er skrevet på engelsk for å finne

flest mulig artikler. Søkeordene ble kombinert med AND og det ble brukt ulike kombinasjoner av søkeordene (se søkehistorikk i vedlegg 1).

Inklusjonskriterier er: fagfellevurdering, fulltekst, publisasjon mellom 2008 og 2018, skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk. Artikler fra afrikanske, sør-amerikanske og asiatiske land er ekskludert på grunnlag av mindre overførbarhet til det norske helsevesenet.

3.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2017, s. 158) utøves kildekritikk for å gjøre en vurdering av kildene som er inkludert i en oppgave. Hensikten er at kildenes relevans og pålitelighet skal komme frem.

Alle artiklene anvendt i oppgaven er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter. Samtlige artikler er utgitt i løpet av de siste 10 årene og jeg anser dem derfor som tidsaktuelle og oppdaterte. To av artiklene jeg har valgt er skrevet av Oftedal, Karlsen og Bru (2010a; 2010b). Artiklene er skrevet på engelsk, men studien er utført i Norge noe som gjør funnene er svært overførbare til det norske helsevesenet. Studiene undersøker ikke spesifikt sykepleiere, men helsepersonell. Jeg mener allikevel at artikkelene er relevant, da det kan antas støtten pasienten får fra sykepleieren er lik støtten pasienten får fra helsepersonell. Artiklene er kvalitative og basert på samme fokusgruppe, men vinklet forskjellig. Jeg mener funnene fra studiene er relevante, da de gir innblikk i hvordan det er å leve med diabetes type 2.

En tredje artikkel som belyser pasientens perspektiv er studien til Dellasega, Anel-Tiangco og Gabbay (2012). Artikkelen er del av en større studie, men jeg har valgt å inkludere denne artikkelen fremfor den større studien på grunnlag av relevans for problemstillingen. Informasjon om variabler som varighet av diabetes og andre biomedisinske data, ble derfor ikke inkludert. Artikkelen gir allikevel et bilde av hvordan pasienter opplever motiverende intervju som samtalemetode, noe som gjør den relevant for min problemstilling.

Artikkelen til Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn og Grol (2010) belyser sykepleierne i primærhelsetjenestens syn på hvordan det er å veilede personer med diabetes type 2. Artikkelen er en pilotstudie med 12 dybde intervjuer, hvor sykepleierne deltok frivillig. I

studien veiledet sykepleiere pasienter på fastlegekontor, en kontekst som kan antas å være lik veiledning på frisklivssentraler, da tjenestene befinner seg i kommunen.

To av artiklene som er inkludert er systematiske oversiktsartikler, og er anvendt for å belyse effekten av motiverende intervju som veiledningsmetode. Etter min mening styrker dette oppgaven, på bakgrunn av at systematiske oversiktsartikler oppsummerer og sammenstiller resultater av relevant forskning (Dalland, 2017, s. 163). Ekong og Kavookijan (2016) sin artikkel undersøkte effekten av motiverende intervju ved kostholdsending, fysisk aktivitet, røyking og alkohol. Røyking og alkohol er livsstilsendringer jeg har valgt å ikke inkludere i oppgaven, men studien er fortsatt relevant da den inkluderer kostholdsending og fysisk aktivitet. Artikkelen til Soderlund (2018) undersøker effekten av motiverende intervju ved oppstart av fysisk aktivitet, og inkluderer ikke kostholdsending. Det ble forklart i begge studiene at det var en utfordring å sammenligne resultatene fra de ulike artiklene inkludert i studien, grunnet MI intervensjonenes heterogene design.

3.4.1 Etiske vurderinger

Jeg har i oppgaven vært bevisst på og tro mot regler for oppgaveskriving. Arbeid andre har gjort er kreditert i APA-stil. Eksempler inkludert er anonymisert i henhold til taushetsplikten. Pasienter og helsepersonell blir omtalt på en respektfull og verdig måte.

4 Forskningsresultater

Nr.	Forfatter & Årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Björg Oftedal, Björg Karlsen & Edvin Bru (2010)	“Perceived support from healthcare practioners among adult with type 2 diabetes”	Journal of Advanced Nursing	Finne ut hvordan voksne med type 2 diabetes opplever støtte og oppfølging fra sykepleiere/lege i behandling. Den søker også å finne ut hva som kan påvirke deres motivasjon til selvregulering av sykdommen.	Kvalitativ metode: Fokusgruppe-intervjuer med 19 personer med type 2 diabetes.	Pasientene ønsket at sykepleier/lege skulle ha en empatisk tilnærming, samt gi praktiske råd og informasjon. De ønsket å være med på avgjørelser, få individualisert informasjon og delta på oppfølgings møter.
2	Bjørn Oftedal, Björg Karlsen & Edvin Bru (2010)	“Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes”	Journal of Clinical Nursing	Identifisere livsverdier til personer med diabetes type 2 og finne ut av hvordan disse verdiene kan komme i konflikt med selvregulering av sykdommen.	(Samme metode og pasientutvalg som artikkel 1.) Kvalitativ metode: Fokusgruppe-intervjuer med 19 personer med type 2 diabetes.	Verdier som ble funnet var: opprettholde helse og lang levetid, en følelse av kroppslig velvære, bevare et positivt kroppsbilde, selvbestemmelse, og opprettholde evnen til å jobbe og tilhøre. Resultatene gjenspeiler det faktum at mange livsverdier har stor innflytelse på selvregulerende atferd.
3	Cheryl Dellasega, Raquel M. Anel-Tiangco & Robert A. Gabbay (2011)	“How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing”	Diabetes Research and Clinical Practice	Finne ut av hvordan pasienter med diabetes type 2 opplever motiverende intervju som metode for å fremme positiv livsstilsendring.	Kvalitativ metode: Fire fokusgrupper bestående av 19 personer med diabetes type 2 fra en randomisert kontrollert studie.	Pasienter var negative til tradisjonell behandling. Pasientene ville bli møtt med en ikke-dømmende holdning, bli hørt, oppleve engasjement, empowerment, delta i planlegging og målsetting. De ville bli støttet isteden for å bli kritisert.
4	Renate Jansink, Jozé Braspenning, Trudy van der Weijden, Glyn	“Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis”	BMC Family Practice	Finne ut hvilke utfordringer helsepersonell har ved livsstilsintervensjoner til pasienter med type 2 diabetes.	Kvalitativ metode: semi-strukturerte dybde intervjuer med 12 sykepleiere.	Sykepleierne mente pasientene hadde lite kunnskap om sunn livsstil, manglet innsikt i egen situasjon og motivasjon. Sykepleiere rapporterte mangel på veiledningskompetanse

	Elwyn & Richard Grol (2010)					og tid. Noen opplevde mangel på motivasjon og empati.
5	Gladys Ekong & Jan Kavookijan (2016)	”Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review”	Patient Education and Counseling	Utforske bevis og mangel i litteratur for bruk av MI hos voksne med type 2 diabetes.	Modifisert Cochrane metode strukturert for søk i databasene MEDLINE, CINAHL, PsycINFO og andre. Inkluderingskriterier: Randomisert kontrollert studie som undersøker effekt av MI.	Ut fra 159 studier, passet 14 studier kriteriene. MI har signifikant innvirkning på endring i deler av kostholdet, og er spesielt egnet til vektreduksjon. MI har ingen effekt på fysisk aktivitet.
6	Patricia Davern Soderlund (2018)	”Effectivness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adult with type 2 diabetes”	Chronic Illness	Utforske effektiviteten ved bruk av motiverende intervju for fysisk aktivitet hos voksne diagnostisert med type 2 diabetes.	Søk i databasene PubMed, CINAHL og PsycINFO, avgrenset mellom år 2000 og 2016. Inkluderingskriterier: Motiverende intervju som intervensjon for effekt av fysisk aktivitet. Kvalitative studier skrevet på engelsk.	9 studier møtte studiekriteriene, 4 hvor effekt av MI er assosiert med positiv effekt på fysisk aktivitet. MI er lovende for selvledelse av fysisk aktivitet.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon drøftes med pasienters rett og behov for brukermedvirkning innledningsvis. Deretter drøftes motiverende intervju i de forskjellige fasene i endringsprosessen. Effekten av motiverende intervju blir drøftet og avslutningsvis drøftes sykepleiernes jobb på frisklivssentraler.

5.1 Helsefremming, forebygging og brukermedvirkning

Personer med diabetes type 2 er etter min mening en pasientgruppe som kan ha behov for både sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon for å ivareta egen helse. Dette fordi pasienter med diabetes kan ha behov for å styrke sine egne ressurser for å oppnå optimal selvregulering og dermed forebygge senkomplikasjoner (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Det helsefremmende og forebyggende ansvaret til sykepleieren er nedfelt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Sneltvedt, 2016, s. 111). I tillegg er det lovfestet i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-3), at kommunen har ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom og skade. Sykepleiere som del av et tverrfagligteam på frisklivssentraler i kommunen har del av dette ansvaret. Frisklivssentralene tilbyr kunnskapsbasert hjelp til blant annet fysiske aktivitet og kostholdsendring, og tilbyr kurs og veiledning (Helsedirektoratet, 2016). Men det er ikke slik at pasienten nødvendigvis er interessert i slike tilbud. I fokusgruppestudien til Oftedal et al. (2010b, s. 1504) fortalte flere av pasientene at de verdsatte selvstendigheten til å ta egne valg. Flere av pasientene forklarte også viktigheten av å delta i beslutninger som omhandlet dem. Lovverket ivaretar pasienters behov for å ta del i eget behandlingsforløp. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) sier at alle pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasientene i studien pekte ut viktigheten av et partnerskap hvor kunnskap fra både helsepersonell og pasient utfylte hverandre (Oftedal et al., 2010b, s. 1504). De mente helsepersonell hadde kunnskap om diabetes og behandlingen av diabetes, mens pasientene var eksperter på seg selv og egen hverdag med diabetessykdommen. Noen av pasientene forklarte at om helsepersonell ikke lyttet eller spurte om pasientens mening om viktige forhold ved å leve med diabetes, unngikk pasientene å få hjelp hos helsepersonell, samt at det reduserte innsatsen til å selvregulere deres diabetes (Oftedal et al., 2010b, s. 1504). Dette belyser etter min mening hvor viktig det er å skape en relasjon med pasienten og la pasienten delta i behandlingen. Funnene i studien til Oftedal et al. (2010b) kan tyde på at brukermedvirkning kan øke pasientens motivasjon.

Om pasienten derimot ikke hadde denne muligheten, ble motivasjonen og selvreguleringen redusert.

Samtidig kan det hende at sykepleierens interesse kan komme i konflikt med pasientens ønsker. Sykepleier kan for eksempel ønske at pasienten kommer i regelmessig fysisk aktiv, fordi dette vil være gunstig for blodsukkerreguleringen. På den andre siden er det ikke sikkert at fysisk aktivitet er i pasientens interesse i det hele tatt. Sykepleiere skal i følge yrkesetiske retningslinjer respektere pasientens autonomi, og derfor la pasienten ta selvstendige valg. På den andre siden har sykepleieren et ansvar for å arbeide helsefremmende og forebyggende. Det blir derfor viktig at sykepleier gir tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og at hun forsikrer seg om at informasjonen er forstått, slik at pasienten er klar over eventuelle konsekvenser for sine avgjørelser (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

5.2 Motiverende intervju i endringsprosessen

Veiledning er del av sykepleierens funksjonsområder og sykepleier har ansvar for å veilede pasienter slik at de skal bli i stand til å ta kontroll over eget liv og helse (Tveiten, 2008, s. 79). Motiverende intervju er en samtalem metode basert på samarbeid, med hensikt å styrke pasientens motivasjon og forpliktelse til endring. Samtalen er personsentrert, målrettet og styres av sykepleieren for å hente frem pasientens egne grunner til å gjennomføre en endring (Ivarsson, 2016, s. 13-14).

I følge Ivarsson (2016, s. 41) bør den motiverende samtalen tilpasses pasientens motivasjon. Det vil være gunstig å møte pasienter på ulike måter avhengig av deres syn på endring. For eksempel vil en pasient som er klar til å starte å trene kanskje ikke ha så stor nytte av en samtale med fokus på å utforske ambivalens og endringssnakk, da dette kan virkemot sin hensikt. Samtidig kom det frem i en studie av Jansink et al. (2010, s. 3) at sykepleierne syntes det var vanskelig å tilpasse veiledningen til endringsfasen pasienten befant seg i. Dette kan i følge Barth et al. (2013, s. 75) skyldes at ulike holdninger eller innstillinger til endring kan være skiftende. I tillegg kan pasienten befinne seg på ulike faser for ulike mål (Barth et al., 2013, s. 75). For eksempel at pasienten er i føroverveielsesfasen når det kommer til oppstart av fysisk aktivitet og i handlingsfasen når det gjelder kostholds endring. Uansett kan sykepleier ved hjelp av endringsprosessen, få innsikt i pasientens grad av motivasjon og

derfra styre fokuset for samtalen, samt sette i gang relevante behandlingstiltak (Barth et al., 2013, s. 75).

5.2.1 Føroverveiellesfasen

Føroverveiellesfasen er preget av at pasienten er lite motivert til endring og heller ikke har noen plan for å gjøre en endring. De positive sidene ved den problematiske atferden blir verdsatt høyere enn de negative. For å vekke personens oppmerksomhet rundt sin atferd, forklarer Barth et al. (2013, s. 63) at det er nødvendig at sykepleieren gir informasjon og bevisstgjør pasienten om eventuelle konsekvenser av atferd. Han mener dette kan være første steg mot endring. I følge Ivarsson (2016, s. 42) kan sykepleier hjelpe pasienten å utvikle diskrepans til aktuelle områder i livet. Diskrepans er en opplevelse av at det er et tydelig skille mellom hvordan pasienten har det og hvordan pasienten ønsker å ha det. En slik opplevelse kan fremmes ved at sykepleieren klargjør de negative konsekvensene av pasientens atferd (Ivarsson, 2016, s. 42). For eksempel ved å tilby informasjon om at inaktivitet gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer (Sagen, 2011a, s. 147). Karlsen (2011, s. 220) mener også at bevissthet om det negative ved nåværende atferd fremmer utviklingen av motivasjon til atferdsendring. Det kan bidra til å skape en skyldfølelse for fortiden og en bekymring for fremtiden (Karlsen, 2011, s. 220). På den andre siden forklarer pasientene i forskningen til Dellasega et al. (2012, s. 39) at de ønsket å bli møtt med forståelse og ikke negative tilbakemeldinger som skapte skyldfølelse. Barth et al. (2013, s. 63) og Karlsen (2011, s. 220) fremstiller behovet for konfrontasjon, mens pasientene i studien til Dellasega et al. (2012, s. 39) fremstiller behovet for å bli uskyldiggjort. Det kan derfor egne seg at sykepleier gir nøytral informasjon. Ivarsson (2016, s. 42) underbygger også dette ved å påpeke at nøytral informasjon om atferd og helse kan skape interesse for endring hos pasienten.

Sykepleierne i studien til Jansink et al. (2010, s. 4) mente at pasientene manglet kunnskap om egen livsstil. Helsepersonell er veldig flinke til å fortelle hva pasienten bør gjøre og ikke gjøre (Ivarsson, 2016, s. 24). Rådgivning er assosiert med motstand til endring om rådene kommer uoppfordret (Jansink et al., 2010, s. 6). I motiverende intervju kan man derfor spørre om tillatelse til å gi informasjon, for eksempel "Vil du høre en metode vi anbefaler, som har hjulpet mange?" (Barth et al., 2013, s. 128). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har pasient krav på nødvendig informasjon for at pasient skal få innsikt i helsetilbudet og kunne ivareta egne rettigheter. Det kan midlertidig være lønnsomt å tilpasse informasjonen

som gis til det stadiet i endringsprosessen pasienten befinner seg i, da det kan utvikles resistens mot endring hos pasienten om sykepleier går for fort frem (Jansink et al., 2010, s. 6).

I følge Barth et al. (2013, s. 93) kan det å gå for fort frem skape motstand. Motstand kan også oppstå når sykepleieren stiller høye forventninger til pasienten, ikke lytter eller ikke verdsetter pasientens autonomi (Barth et al., 2013, s. 93). At sykepleierne i studien til Jansink et al. (2010, s. 6) opplevde det som en utfordring å vite hvilken fase i endringsprosessen pasienten befant seg i, resulterte i at sykepleierne hadde for høye forventninger og stilte store krav til pasientene. Videre førte dette til motstand fra pasientene og manglende samarbeid (Jansink et al., 2010, s. 6). Det virker derfor viktig å redusere pasientens motvilje for å kunne føre en samtale om temaet. Sykepleieren bør derfor ”rulle med motstanden”. Dette kan gjøres ved at sykepleieren viser aksept for at pasienten er som han er, viser respekt for pasientens meninger og viser forståelse for at endring er vanskelig (Barth et al., 2013, s. 64, 99). I samtale med pasienten på en frisklivssentral kan sykepleier for eksempel være forståelsesfull og støttende om pasienten synes det er vanskelig å gå ned i vekt. Pasientene i studien til Dellasega et al. (2012, s. 39) verdsatte den ikke-dømmende holdningen i motiverende intervju, og mente det oppfordret dem til å ta ansvar for sin diabetessykdom, i motsetning til tradisjonell veiledning som var preget av konfrontasjoner og skyldfølelse. Funnene kan tyde på at sykepleierens holdninger er avgjørende for å løse motstand og øke motivasjon til endring.

Kristoffersen (2016a, s. 330) forklarer at sykepleieren må forsøke å etablere en relasjon basert på åpenhet og tillit i dette stadiet. Pasientene i studien til Oftedal et al. (2010b, s. 1503) mente det var avgjørende at sykepleieren hadde en empatisk holdning for å motivere til livsstilsendring. En empatisk tilnærming ga deltakeren en følelse av tillit (Oftedal et al., 2010b, s. 1503). Pasientene opplevde manglende empati når helsepersonellet klandret pasienten for hans sykdom, eller når helsepersonellet fremstod som eksperten. Det kom frem i studien at pasientene ønsket en mer holistisk tilnærming for å få den støtten de trengte til å takle sykdommen i hverdagen (Oftedal et al., 2010b, s. 1503). I studien til Jansink et al. (2010, s. 3) innrømmer sykepleierne mangelfull empati i veiledningen med pasienter. Manglende empati kan i følge Jansink et al. (2010, s. 5) komme av at sykepleierne ikke forstår hvorfor det er så vanskelig å endre livsstil. På den andre siden er det ikke sikkert pasienten opplever sin sykdom like alvorlig som sykepleieren, da pasienten kan ha levd med sykdommen i flere år uten å ha merket noe til den (Jenssen, 2011, s. 386). En annen årsak til

mangelfull empati kan være mangel på tid. Sykepleierne i studien syntes det var utfordrende å være tålmodig og lytte når hverdagen var preget av tidspress (Jansink et al., 2010, s. 3). At sykepleier viser empati ser samtidig ut til å være viktig for pasienten, da det kan skape motivasjon. Det kan etter min mening derfor være viktig at sykepleier har en forståelsesfull, lyttende og holistisk holdning, da det er dette pasientene anser som en empatisk tilnærming (Oftedal et al., 2010b, s. 1504).

5.2.2 Overveielsesfasen

I overveielsesfasen er pasienten klar over sin problematiske atferd, og kan til og med tenke på å gjøre en endring. Pasienten opplever allikevel ambivalens og veier gjerne opp positive og negative sider ved sin problematiske atferd. Pasienten kan gå fra ”Nei, nå må jeg faktisk legge om kostholdet mitt” til ”Er det egentlig så nødvendig, det er ikke vits å overdrive, jeg spiser jo ikke så usunt” (Barth et al., 2013, s. 65). I følge Tveiten (2008, s. 121) er å gjøre en endring basert på indre motivasjon mer effektivt enn basert på ytre motivasjonskrefter. Sykepleier bør kartlegge pasientens livsverdier, ettersom dette ser ut til å spille en viktig rolle for motivasjon for selvregulering hos personer med diabetes type 2 (Oftedal et al., 2010a). I studien til Oftedal et al. (2010a), kom det frem at flere av pasientenes livsverdier kom i konflikt med selvreguleringen av diabetes. De viktigste verdiene som kom frem i studien var opprettholde helse og lang levetid, en følelse av kroppslig velvære, opprettholde evnen til å jobbe og tilhøre familie og venner.

Opprettholdelse av helse og lang leve tid er verdier som var av betydning for pasientene i studien til Oftedal et al. (2010a, s. 2551). Pasientene ønsket å unngå komplikasjoner, se barnebarn vokse opp, oppleve pensjonisttiden og unngå medisinerbruk. Dette mente de ga dem motivasjon til å opprettholde selvregulering. Temaet ”kroppslig velvære” dukket også opp, hvor flere av pasientene fortalte om verdier som kom i konflikt med selvregulering av sykdommen. Mat med et høyt sukker innhold, spesielt sjokolade, ble høyt verdsatt, noe som ikke er forenelig med diabetes selvregulering. Dette førte til ambivalens hos pasientene. Å opprettholde evnen til å jobbe var viktig for noen, mens andre skyldte på jobben for dårlig selvregulering. Viktigheten av tilhørighet hos familie og venner kom tydelig frem. Noen syntes det var en utfordring å være i sosiale settinger hvor det ble servert mat, da de ikke kunne spise og leve som alle rundt seg (Oftedal et al., 2010a, s. 2552). Funnene tyder på at verdier både har positive og negative innvirkninger på pasienters selvregulering. Det vil

derfor etter min mening være nyttig for sykepleier å kartlegge hvilke verdier som blir verdsatt av hver enkelt pasient, og hvilke som kommer i konflikt med selvregulering. Som Aas (2011, s. 140) understreker, så kjenner den enkelte sine barrierer mot endring best selv og sin egen motivasjon til endring.

I dette stadiet skal sykepleier utforske og tydeliggjøre ambivalensen, da dette kan hjelpe pasienten i å få en oversikt over tanker og følelser rundt endringen (Barth et al., 2013, s. 79; Ivarsson, 2016, s. 45). En pasient i studien til Oftedal et al. (2010a, s. 2552) var for eksempel avhengig av å ikke begynne med medikamentell behandling, da oppstart av slik behandling kunne gå negativt utover pasientens jobb. Sykepleier ved frisklivssentralen kan i denne situasjonen trekke frem det positive ved endring ved å spørre om lov til å forklare at forskning har vist at regelmessig fysisk aktivitet kan senke gjennomsnittlig HbA1c nivå og bedre den metabolske kontrollen på lik linje som ved bruk av medikamentell behandling (Mosand & Stubberud, 2016, s. 68; Sagen, 2011a, s. 152). Samtidig kan sykepleieren stille seg spørrende til hva som vil skje om pasienten ikke gjør en endring. Sykepleieren kan bruke klientsentrert kommunikasjon for å kartlegge de ulike sidene. Åpne spørsmål inviterer pasienten til å fortelle, samt formidler interesse fra sykepleieren. Refleksjoner og oppsummeringer gir sykepleieren mulighet til å samle den informasjonen som hun ønsker å forsterke (Ivarsson, 2016, s. 20). Barth et al. (2013, s. 66) mener at det kan være en utfordring for sykepleieren å argumentere for de positive sidene ved endring, da det er fare for at pasienten argumenterer for de negative sidene for å skape balanse. Sett på en annen måte er det viktig å fremme de positive sidene ved endring, da pasienten kanskje vil endre fokus og se annerledes på situasjonen.

Flere kilder understreker at det er viktig at sykepleier støtter pasientens self-efficacy, som er en persons tro på egen evne til å lykkes i en gitt situasjon (Bandura, 1997; Kristoffersen, 2016a, s. 314). Sykepleieren på frisklivssentralen kan for eksempel spørre pasienten ”hvor stor tro på en skala fra 1-10 har du på å få til å gå tur 30 minutter, 2 ganger i uka?”. Self-efficacy påvirkes blant annet av at andre har tro på personens evner, derfor bør sykepleier påpeke og forsterke pasientens sterke sider ettersom det kan bidra til å styrke pasientens tiltro til seg selv. Det er avgjørende at pasienten er trygg på sine egne evner, ettersom større tanker om egne evner bidrar til bedre prestasjoner (Bandura, 1997, s. 79). Sykepleier bør derfor vise

optimisme og håp for at pasienten får til endringen, samt vise støtte på veien (Ivarsson, 2016, s. 40).

5.2.3 Forberedelsesfasen

I *forberedelsesfasen* har pasienten bestemt seg for å endre sin problematiske atferd, og han arbeider med å forplikte seg til denne beslutningen. Pasienten vil også i denne fasen gjøre de praktiske forberedelsene som kreves (Barth et al., 2013, s. 67). Pasienten kan ha behov for informasjon og råd om fysisk aktivitet og/eller justering av kostholdsvaner. På dette stadiet vil pasienten ofte være mottakelig for informasjon og råd fra sykepleier (Barth et al., 2013, s. 66). Sykepleier kan her spørre om lov til å informere om matvarer som er anbefalt og matvarer man bør unngå, samt måltidenes sammensetning og frekvens. For eksempel kan sykepleier forklare forskjellen på langsomt nedbrytbare karbohydrater og raske nedbrytbare karbohydrater, samt at umettet fett er anbefalt fremfor mettet fett (Mosand & Stubberud, 2016, s. 65). Pasientene i studien til Oftedal et al. (2010b, s. 1504) bekrefter at praktisk informasjon og råd var ønskelig for flere. Mange mente at de ville bli mer motivert om informasjonen de fikk fra legen var knyttet til deres hverdag. Det finnes brosjyrer og bøker som inneholder oppskrifter og bilder av porsjonsstørrelser som Diabetesforbundet har kommet med til hjelp for pasienten (Aas, 2011, s. 142). Slik informasjon kan etter min mening være nyttig for pasienten om pasienten selv ønsker det. På den andre siden var det en pasient i studien som mente han ikke trengte all informasjonen, da han synes det ble for mye å forholde seg til (Oftedal et al., 2010b, s. 1505). Funnene i studien kan underbygge at informasjon må tilpasses hver enkelt pasient. Sykepleier bør derfor lytte til det pasienten har å si og kartlegge pasientens behov og ønsker. Etersom pasientene i studien mente selv at de ville bli mer motiverte om informasjonen ble knyttet opp til deres hverdag, kan det være nyttig og spørre om hverdagslige rutiner. Hva spiser pasienten til lunsj på jobben hver dag? Hva liker pasienten å gjøre på fritiden?

Mål blir utarbeidet i denne fasen sammen med sykepleier. Sykepleier har ansvar for å hjelpe pasientene med å sette realistiske mål og delmål (Aas, 2011, s. 142). Oftedal et al. (2010a, s. 2553) forklarer at det kan være nyttig å utarbeide spesifikke mål, da disse er mer effektive sammenlignet med mer generelle mål. Flere av pasientene i studien hennes hadde satt seg langsiktige mål som for eksempel å se barnebarn vokse opp, å leve lenge og unngå komplikasjoner. Oftedal et al. (2010a, s. 2553) argumenterer for at det ikke er sikkert at slike mål påvirker motivasjonen til å regulere diabetes, ettersom målene er satt langt frem i tid.

Funnene tyder på at sykepleier og pasient sammen bør utarbeide kortsiktige, spesifikke og realistiske delmål for å holde motivasjonen til pasienten varm. For eksempel kan pasienten som skal komme i fysisk aktivitet, lage et mål om å løpe en distanse på en bestemt tid.

5.2.4 Handlingsfasen

På dette stadiet blir endringen satt i gang og er synlig for andre (Barth et al., 2013, s. 66-67). Vanskelige utfordringer krever stor innsats av pasienten, som for eksempel å starte med utholdenhetstrening eller stoppe med søtsaker i hverdagen (Barth et al., 2013, s. 68). Det være nyttig med konkrete målinger og registreringer for å se fremgang og forbedringer, da dette kan bidra med å holde motivasjonen oppe (Sagen, 2011a, s. 155). Slike målinger kan for eksempel være å notere hvor mange minutter man trener hver uke. Sykepleier kan bidra med å følge opp vekt, laboratorieprøver, blodtrykk og blodsukker som kan virke disiplinerende og motiverende (Barth et al., 2013, s. 68). Pasientene i studien til Oftedal et al. (2010b, s. 1504) forteller at legen ikke ville gi utskrift av pasientens laboratorieresultater, da legen mente dette ikke var nødvendig. Pasientene ønsket derimot slike målinger for å få oversikt over sykdommen. Dette understreker etter min mening at pasientene ofte vet selv hva de trenger, og at enkle tiltak som dette ofte kan bidra til å øke deres motivasjon.

Ros og positive tilbakemeldinger er med på å styrke gjennomført endring, eller pågående endringsprosess (Barth et al., 2013, s. 68). Både i studien til Oftedal et al. (2010b, s. 1503) og Dellasega et al. (2012, s. 39), opplevde pasientene at positive tilbakemeldinger var motiverende. På en annen side hevder Barth et al. (2013, s. 101) at ros kan føre til motstand for personer som er følsomme for å være i en underlegen posisjon. En slik vurdering, selv om den er positiv, innebærer at sykepleier hever seg over pasienten. Oppmuntring kan også føre til motstand, da det kan signalisere manglende respekt (Barth et al., 2013, s. 101). For eksempel om pasienten tar opp noe han synes er vanskelig, og sykepleier responderer med ”det er ikke så farlig, det skal nok gå bra” kan det virke som sykepleieren bagatellisere saken. Slike oppmuntringer kan også føre til stopp i endringsprosessen, ettersom man oppfordrer pasienten til å ikke løse det som er vanskelig (Barth et al., 2013, s. 101). Funnene tyder på at det både er positive og negative sider med å gi positive tilbakemeldinger, og det kan derfor være gunstig å tilpasse tilbakemeldingene til hver enkelt pasient. Sykepleier kan også utforske tidligere endringsforsøk, og fokusere på det positive ved tidligere mestring. Dette kan i følge Bandura (1997, s. 79) være nyttig, ettersom mestringstro påvirkes av blant annet egen

vurdering av tidligere erfaringer. På frisklivssentralen kan for eksempel sykepleier be pasienten fortelle om tidligere vellykkede treningstiltak eller hvordan han før har greid å gå ned i vekt.

5.2.5 Vedlikeholdsfasen

Tilbakefall ved diett- og kostholdsending er velkjent, særlig om man skal gå ned i vekt (Rossner, 2009 referert i Barth et al., 2013, s. 72). Det kan være en utfordring å opprettholde en endring over tid og det er derfor om å gjøre å etablere nye rutiner. Det vil bli lettere jo lengre personen holder på med endringsprosjektet, og fristelser og selvsaboterende følelser vil etter hvert avta (Barth et al., 2013, s. 72). Men slike tanker kan forekomme og gjøre vedlikehold av endringen vanskelig. Fristelsen for kake i en fødselsdag, eller sjokolade på lørdagskvelden kan være vanskelig å takke nei til. I vedlikeholdsfasen kan sykepleier bidra med å holde motivasjonen oppe og hjelpe til med å legge til rette for nye vaner (Barth et al., 2013, s. 70). Om målet ved å legge om kosten og begynne med fysisk aktivitet er vektreduksjon, krever dette i følge Aas (2011, s. 144) mye oppfølging. Det kan derfor være nyttig å melde seg inn i en vektreduksjonsgruppe. Pasientene i studien til Oftedal et al. (2010a, s. 2552) er enig i dette. Noen av pasientene i studien opplevde det som en støtte og ha en venn eller en gruppe, hvor man gjorde forskjellige aktiviteter som matlagning eller turgåing. I følge Helsedirektoratet (2016) kan oppfølgingen på frisklivssentraler være kortvarig. Flere av pasientene mente at det å være del av en gruppe som møtes ofte for å dele erfaringer og frustrasjoner ville hjelpe på deres motivasjon. I tillegg til motiverende intervju, kan derfor sykepleier hjelpe pasienten til å finne en slik gruppe. Kanskje kan det være en ide og ha slike gruppemøter på frisklivssentralene? Etter min mening er det viktig at sykepleier skaffer seg en oversikt over aktuelle grupper, og kartlegger om dette er av pasientens interesse.

5.3 Effekten av motiverende intervju

Motiverende intervju er en anerkjent samtalemetode som har fått økt oppmerksomhet de siste årene grunnet positive forskningsresultater (Ivarsson, 2016, s. 11). Men hvor effektiv er metoden i behandling av pasienter med diabetes type 2? I Ekong og Kavookijan (2016) systematiske oversiktsartikkel ble 14 randomiserte kontrollerte studier analysert, for å finne effekten av motiverende intervju i forbindelse med kostholdsending, fysisk aktivitet,

røykeslutt og reduksjon av alkoholforbruk. Fire av syv studier viste positive resultater for kostholdsendring, hvor flertall av pasientene i intervensjonsgruppen gjorde endringer i spisevaner sammenlignet med kontrollgruppen. Funnene kan underbygge potensialet til motiverende intervju i tilrettelegging av kostholdet til pasienter med diabetes type 2. Ingen av de seks av artiklene inkludert i studien til Ekong og Kavookijan (2016) angående fysisk aktivitet viste signifikante forskjeller mellom MI intervensjonsgruppene og kontrollgruppene. I motsetning, viser Soderlund (2018) sin systematiske oversiktsartikkel at motiverende intervju kan ha effekt på fysisk aktivitet hos personer med diabetes type 2. Fire av ni artikler inkludert i studien ble assosiert med positive resultater av fysisk aktivitet. De ulike resultatene kan i følge Ekong og Kavookijan (2016) og Soderlund (2018) skyldes flere faktorer.

En faktor kan være variasjoner i hyppigheten og varigheten av intervjuene. I studien til Soderlund (2018, s. 64) ble det funnet positive resultater ved enten hyppige MI-møter (mer enn to møter, som var oftere enn en gang i måneden), langvarige møter (mellom 30 til 45 minutter), eller en kombinasjon av hyppig frekvens og varighet. Ivarsson (2016, s. 12) derimot, forklarer at kortere samtaler kan ha effekt, men han forklarer også at lengre og flere samtaler oftere fører til atferdsendring. En annen faktor kan være antall atferdsendringer som blir fokusert på. Studiene i Ekong og Kavookijan (2016) sin artikkel som viste positiv virkning av motiverende intervju sammenlignet med kontroll gruppen, fokuserte på en enkel atferdsendring. Å fokusere på mange endringer på en gang for kroniske lidelser som diabetes kan være overveldende for enkelte (Ekong & Kavookijan, 2016, s. 951). I studien til Soderlund (2018, s. 60) tok artiklene med positive resultater av fysisk aktivitet for seg en til tre livsstilsendringer, mens de fem som ikke viste effekt tok for seg mellom tre og seks livsstilsendringer. Kvaliteten av treningen og opplæringen sykepleieren har i motiverende samtaler kan også være av betydning. Det kan være avgjørende at MI-metoden er konsistent gjennom hele intervjuet. Flertall av studiene inkludert i artiklene til Ekong og Kavookijan (2016, s. 950) og Soderlund (2018, s. 65) rapporterte ikke om treningen i motiverende intervju eller om MI-trofasthet var tilfredsstillende. Dette stiller spørsmål til validiteten av intervensjonene ettersom det ikke ble dokumentert at MI-metoden ble brukt konsistent.

5.4 Sykepleiere på frisklivssentraler

På frisklivssentraler i Norge, får pasienter tilbud om oppfølging til livsstilsendring for 12 uker av gangen. Pasienten har en helsesamtale i starten og slutten av oppfølgingen, basert på prinsippene fra motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2016). I følge Barth et al. (2013, s. 67) kan en pasient være i føroverveiellesfasen og overveiellesfasen i flere år, noe som etter min mening stiller spørsmål til om 12 ukers oppfølging er nok til å gjennomføre en varig livsstilsendring. En mulig løsning kan være å holde jevnlig oppfølgingsmøter på frisklivssentralene. Pasientene i studien til Oftedal et al. (2010b, s. 1505) var svært positive til gruppebaserte oppfølgingsmøter, da de mente dette kunne bidra til å dele erfaringer og holde motivasjonen oppe.

Sykepleierrollen er i endring, fra den tradisjonelle ekspertrollen til en rolle som veileder og likeverdig partner (Kristoffersen, 2016c, s. 350). Sykepleierne i studien til Jansink et al. (2010, s. 3) rapporterte flere utfordringer i helseveiledning til pasienter med diabetes type 2. Flere sykepleiere syntes det var vanskelig å bli kvitt gamle samtalerutiner. Sykepleierne skulle i utgangspunktet involvere pasientene i behandlingen, men ga heller enkelt informasjon og råd om livsstil i praksis. Studier viser at pasienter ønsker en mer personsentrert tilnærming i pasientveiledning (Dellasega et al., 2012, s. 39; Oftedal et al., 2010b, s. 1503). I følge Jansink et al. (2010, s. 6) kan det være en utfordring å endre undervisningen til denne pasientgruppa, da sykepleiere føler et profesjonelt ansvar for å gi pasienten riktig informasjon istedenfor å la pasienten velge selv. Flere sykepleiere tok opp deres manglende veiledningskompetanse. I tillegg ble det rapportert om mangelfull kunnskap om fysisk aktivitet, røykeslutt og gunstige matvaner for å gjennomføre veiledning om livsstilsendringer (Jansink et al., 2010, s. 3). Funnene i studien kan indikere at sykepleierne har behov for et kompetanseløft, både i forhold til kunnskap om livsstilsendring og om veiledningsmetoder. Gjennom bacheloroppgaven har jeg fått inntrykk av at motiverende intervju er en god samtale metode, som krever tid i tillegg til mye trening. Som snart ferdigutdannet sykepleier hadde jeg hatt vanskeligheter med å gjennomføre en slik samtale uten god innføring i prinsippene og mye trening. Miller forklarer dessuten at adekvat trening i motiverende intervju og tilbakemeldinger fra en erfaren MI-trener er viktig for å oppnå veiledningsferdigheter (Miller referert i Ekong & Kavookijan, 2016, s. 951). For at motiverende intervju skal fungere effektivt på frisklivssentraler kan det etter min mening være nyttig med mer trening i

metoden. Trening, seminarer og workshops kan bidra til høyere kompetanse, som videre kan skape trygghet i veiledningen og hindre tilbakefall til tradisjonell veiledning.

I tillegg ble det i studien til Jansink et al. (2010, s. 3) rapportert om mangel på tid for å gjennomføre personsentrert veiledning. Ivarsson (2016, s. 11) skriver at MI er mer effektiv og er en bedre samtalemethode for sykepleier og pasient enn tradisjonell rådgivning. Kanskje kan motiverende intervju effektivisere slike personsentrerte samtaler, og derav løse problemet med tid, om sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse og erfaring med metoden. Å heve kompetanse krever tid, men å investere i MI-trening kan kanskje være kostnadseffektivt på sikt? Samtidig hadde pasientene i studien til Dellasega et al. (2012, s. 40) en positiv opplevelse av veiledning fra sykepleiere basert på motiverende intervju. I motsetning til den tradisjonelle veiledningen fra legen, følte pasientene at sykepleierne var støttende (Dellasega et al., 2012, s. 40). Dette underbygger at motiverende intervju kan være en gunstig samtalemethode for pasienten.

6 Avslutning

Diabetes er et økende helseproblem verden over og etterlevelse krever en enorm innsats fra pasienten. Helsefremmende og forebyggende arbeid må derfor fremmes for at komplikasjoner skal unngås og for at pasienter med diabetes skal ha optimal livskvalitet. Det stilles i dag forventning til at sykepleiere skal kunne motivere pasienter til livsstilsendring, men dette er ingen enkel oppgave. Samtidig viser forskning at motiverende intervju kan være en effektiv metode for å skape motivasjon til kostholds- og fysisk aktivitet. Å utforske ambivalens, fremme endrings- og å rulle med motstand er prinsipper innen samtalemotoden som kan bringe frem motivasjon hos pasienten og samtidig bevare pasientens autonomi.

Jeg mener at sykepleierens veiledende funksjon blir sentral i møte med pasienter med diabetes type 2. Den veiledende funksjonen bygger på flere av de samme prinsippene som i motiverende intervju. Ettersom den motiverende samtalen bør tilpasses pasientens motivasjon, kan det være nyttig å plassere pasienten i fasene i endringsprosessen. Dette kan bidra til at sykepleier får en forståelse av pasientens motivasjon, samt bidra til å sette i gang relevante behandlingstiltak. Sykepleier kan da tilpasse sin holdning og kommunikasjon. Forskning viser at flere faktorer kan ha innvirkning på effektiviteten av motiverende intervju på frisklivssentraler. Det har også kommet frem i forskning at sykepleiere har både manglende veiledningskompetanse og tid i primærhelsetjenesten. For at MI skal fungere effektivt på frisklivssentraler mener jeg det kan være gunstig med lengre eller hyppigere MI-samtaler, at det fokuseres på en atferdsendring om gangen og at sykepleierne får mer trening i metoden.

Selv om forskning i dag ser positivt på bruk av motiverende intervju, trengs det å forskes mer. Det jeg synes er positivt med MI er at samtalen er personsentrert og at sykepleier hjelper pasienten til å finne sine egne indre drivkrefter. Etter å ha jobbet med oppgaven har jeg fått inntrykk av at det kan være vanskelig å bruke metoden konsistent. Jeg mener derfor at hverken nyutdannede sykepleiere eller erfarne sykepleiere vil være rustet til å benytte MI på frisklivssentraler uten mye trening. Motiverende intervju ser ut til å kunne være en god samtalemotode for å motivere pasienter med diabetes type 2, men at det å bli god i metoden kan kreve en langvarig innsats fra sykepleiere på frisklivssentraler.

Referanseliste

- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 205-215). Oslo: Akribe.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-managment approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju - samtaler om endring* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brichmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brichmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dellasega, C., Anel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 37-41. doi: 10.1016/j.diabres.2011.08.011
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekong, G. & Kavookijan, J. (2016). Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 99, 944-952. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.022
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Fysisk aktivitet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorerer/fysisk-aktivitet-i-noreg--folkehel/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ncd-strategi/id735195/>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>

- Helsedirektoratet. (2016). Hva er en frisklivssentral? Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>
- Helsedirektoratet. (2017). Samhandlingsreformen. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2016). *MI - Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T. v. d., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11(41). 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. 379-390). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen - nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Diabetes - forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 216-235). Oslo: Akribe.
- Kommunetorget. (2018). Hvorfor virker motiverende intervju? Hentet fra <http://www.kommunetorget.no/Aktuelt/Hvorfor-virker-motiverende-intervju/>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 295-347). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I 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). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., s. 51-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010a). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2548-2556. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03243x
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010b). Percived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500-1509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Sagen, J. V. (2011a). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling - Diabetes* (1. utg., s. 147-156). Oslo: Akribe.
- Sagen, J. V. (2011b). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling - Diabetes* (1. utg., s. 19-67). Oslo: Akribe.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brichmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Soderlund, P. D. (2018). Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-managment for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illness*, 14(1), 54-68. doi: 10.1177/17423953
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling - Diabetes* (1. utg., s. 123-144). Oslo: Akribe.

Vedlegg 1

Nr	Database	Søkeord	Treff	Forfatter og Tittel	Dato
1	PubMed	Type 2 diabetes AND Health care practitioners AND Support	292 Nr. 237	Oftedal et al. (2010); Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes	04.12.17
2	CINAHL	Type 2 diabetes AND Personal values	4 Nr. 4	Oftedal et al. (2010); Life values and self- regulation behaviours among adults with type 2 diabetes	05.12.17
3	CINAHL	Diabetes mellitus type 2 AND Patient satisfaction	307 Nr. 118	Dellasega et al. (2012); How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing.	06.12.17
4	PubMed	Nurse AND Lifestyle counseling AND Type 2 diabetes mellitus	51 Nr. 29	Jansink et al. (2010); Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis	05.12.17
5	CINAHL	Diabetes type 2 AND Motivational interviewing	50 Nr. 12	Ekong & Kavookjian (2016); Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review	05.03.18
6	CINAHL	Diabetes Mellitus type 2 AND Motivational interviewing AND Behaviour changes	10 Nr. 2	Soderlund (2018); Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-managment for adults with type 2 diabetes	12.03.18