



Sykepleierens undervisende og forebyggende funksjon knyttet til pasienter med subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med diabetes mellitus type 1

Kandidatnummer: 503
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9831
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.19
<p>Tittel Sykepleierens undervisende og forebyggende funksjon knyttet til pasienter med subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med diabetes mellitus type 1</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier ved hjelp av motiverende intervju (MI), fremme endring hos pasienter som bevisst underdoserer insulin?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorikapittelet beskriver subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med DMT1, insulinrestriksjon som metode, sykepleiers rolle ved poliklinikk i møte med pasientgruppen, samt presentasjon av den transteoretiske modellen og motiverende intervju. Videre presenteres de ulike lover og retningslinjer vedrørende det som legger det juridiske og etiske rammeverket for sykepleieutøvelsen.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturoppgave anvendes som metode, der den systematiske fremgangsmåten benyttes for å samle informasjon fra skriftlige kilder for å besvare problemstillingen. Oppgavens formål er å finne ut om sykepleier kan fremme endring hos pasientgruppen som benytter seg av insulinrestriksjon ved hjelp av motiverende intervju, gjennom sykepleiers undervisende og forebyggende funksjon.</p> <p><u>Drøfting</u> I drøftingsdelen vektlegges hva som kan fremme endring hos ungdom, sykepleierrollen i møte med insulinrestriksjon, samt bruken av motiverende intervju som samtalemetode ved en poliklinisk konsultasjon.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren har en viktig rolle i arbeidet med pasienter som har diabetes mellitus type 1 i kombinasjon med subklinisk spiseforstyrrelse. Poliklinisk konsultasjon og tiltak må tilpasses den enkelte pasientens behov og ønsker. Forskning og litteratur kan tyde på at motiverende intervju som et tiltak for å forebygge subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med diabetes mellitus type 1, vil kunne bidra med å forebygge en forverring av tilstanden.</p>	

(Totalt antall ord: 230)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Sykepleiefaglig relevans	2
1.2	Avgrensning	2
1.2.1	Problemstilling	3
1.3	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kapittel	5
2.1	Diabetes mellitus type 1 hos unge jenter.....	5
2.2	Subklinisk spiseforstyrrelse	6
2.2.1	Insulinrestriksjon som metode ved subklinisk spiseforstyrrelse	6
2.3	Alder og utviklingsstadiet til pasienten.....	7
2.4	Helhetlig sykepleie	8
2.4.1	Poliklinisk konsultasjon	8
2.4.2	Helsefremmende og forebyggende funksjon.....	8
2.5	Den transteoretiske modellen – endringsberedskap.....	10
2.6	Motiverende intervju – MI	10
2.7	Etikk og lovverk	11
2.7.1	Sykepleiers etiske vurderinger og retningslinjer	11
2.7.2	Lovverk	12
3	Metode	13
3.1	Litterær oppgave	13
3.2	Fremgangsmåte og søkestrategi	13
	Tabell 1 PICO skjema	14
	Tabell 2 Fremgangsmåte for litteratursøk	15
3.3	Kvantitativ metode	15
3.4	Relevant faglitteratur	16
3.5	Kildekritikk	17
3.5.1	Egen gjennomførelse og valg	17
3.5.2	Artikkelvalg.....	17
4	Resultat	19
	Tabell 3 artikkelmatrise.....	19
5	Drøfting	21
5.1	Bruken av motiverende intervju	21
5.2	Pasientens ambivalens og motivasjon for endring.....	23
5.2.1	Tidlig intervensjon	26
5.3	Sykepleierens rolle i møte med pasienten.....	27
6	Avslutning	31
	Referanseliste	32

1 Innledning

I Norge er forekomsten av diabetes mellitus type 1 (DMT1) på 0,35%, dette utgjør 35 tilfeller per 100 000 innbygger (Jenssen, 2016, s. 389). DMT1 har hatt en økende forekomst de siste årene, med en gjennomsnittlig økning på 3% per år (Brunvand, 2016, s. 536). DMT1 krever individuell tilpasning fra diagnostisering, og pasientgruppen har jevnlig oppfølging fra helsepersonell gjennom hele livet (Jenssen, 2015, s. 229). For mange, spesielt ungdommer, kan diabetesregime være krevende ettersom behandlingen legger et større fokus på rutiner vedrørende ernæring og insulinbehandling. Kravene for diabetesregime kan for noen resultere til et økende press, og gi et usunt forhold til mat og kropp (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2006). I litteraturen vises det at opp til 40% av unge jenter med DMT1 har økt risiko for å utvikle en subklinisk spiseforstyrrelse som er forankret i diabetesen (Pinhas-Hamiel, Hamiel, & Levy-Shraga, 2015, s. 518).

Subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med DMT1 går ut på underdosering av insulin eller totalt fravær av å sette insulin, for å oppnå vektnedgang (Helsedirektoratet, 2015). Insulinrestriksjon forekommer hos omtrent 30% av norsk ungdom med DMT1 (Helsedirektoratet, 2015). Kombinasjonen av DMT1 og subklinisk spiseforstyrrelse assosieres med høyere risiko for kortsiktige og langsiktige diabeteskomplikasjoner (Banting & Randle-Philips, 2018, s. 1). Ifølge Helsedirektoratet anses spiseforstyrrelser ved diabetes som en alvorlig tilstand, og det er behov for tettere oppfølging i helsetjenesten enn normalt (Helsedirektoratet, 2017).

Jeg har i denne oppgaven valgt å belyse en tilstand som omhandler subklinisk spiseforstyrrelse blant ungdom, i hovedsak jenter, som har DMT1. I litteraturen blir tilstanden beskrevet på ulike måter, som diabulimi, insulinrestriksjon, underdosering av insulin og spiseproblematikk ved DMT1 (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2007). Videre i oppgaven vil tilstanden i hovedsak bli omtalt som insulinrestriksjon. Tilstanden er foreløpig ikke klassifisert som en egen diagnose i International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revision 10 (ICD-10) eller Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders revision 5 (DSM-V). Likevel er det et større fokus på tilstanden i de senere år i fagmiljøet (Helsedirektoratet, 2017; Kunnskapscenteret, 2015, s. 15).

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Subklinisk spiseforstyrrelse blant ungdom (13-18 år) med DMT1 er en økende problematikk i Norge. Eksempelvis kommer det frem at subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med DMT1 er en utfordring i helsetjenesten gjennom helsedirektoratets sterke anbefaling om tettere oppfølging av pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2017). En rapport fra 2015 presenterer en norsk undersøkelse der det beskrives at det nasjonalt sett kun er 29% av ungdommer i Norge som når behandlingsmålet for langtidsblodsukker (HbA1c) under 7,5% (Kunnskapssenteret, 2015, s. 16). Pasienter med DMT1 er en pasientgruppe som sykepleiere kan møte i egen praksis, ettersom de får regelmessig oppfølging i helsetjenesten (Jenssen, 2015, s. 229). DMT1 i kombinasjon med subklinisk spiseforstyrrelse kan ha alvorlige konsekvenser om ikke oppdaget. Det er sentralt at sykepleiere, i kraft av sin forebyggende funksjon, kan oppdage tegn og observere faresignalene knyttet til tilstanden for å hjelpe pasientgruppen (Kunnskapssenteret, 2015, s. 14).

1.2 Avgrensning

Pasienter med DMT1 har et tverrfaglig team rundt seg. Størrelsen på helseforetaket er av betydning for omfanget av tverrfaglig kompetanse og det tverrfaglige teamet (Iversen & Skafjeld, 2011, s. 259). Diabetesteam består av minimum diabetessykepleier og diabetesansvarlig lege (Iversen & Skafjeld, 2011, s. 259). Teamet kan utover dette bestå av klinisk ernæringsfysiolog, psykolog, fysioterapeut, sosionom, lege og sykepleier (Iversen & Skafjeld, 2011, s. 259-260). Sykepleier står dermed ikke alene med pasientgruppen, noe som er viktig å understreke slik at det tydeliggjøres at sykepleier ikke går utover eget kompetanseområde. Imidlertid er ikke det tverrfaglige teamet og samarbeidet innad vektlagt videre i oppgaven. Denne avgrensningen er gjort fordi det fokuseres på kompetansen sykepleier skal ha etter grunnutdanning, og ikke spesialisering videre. Ifølge helsedirektoratet bør pasienter med DMT1 og subklinisk spiseforstyrrelse ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten, i første omgang poliklinisk oppfølging (Helsedirektoratet, 2017). Konteksten for oppgaven er lagt til poliklinikk, hvor pasienten kommer til diabetes kontroll. På slike kontroller blir det fokusert på livskvalitet, blodsukkerkontroll og kliniske undersøkelser, noe sykepleier uten spesialistkompetanse utfører selvstendig (Jenssen, 2015, s. 229).

Ifølge helsedirektoratet defineres ungdom i alderen 13-18 år (Helsedirektoratet, 2012). Ungdom i denne aldersgruppen oppmuntres og forventes til å ta et større ansvar rundt

administrering og kontroll av eget insulinbehov (Haugstvedt, 2011, s. 285). Det er i denne aldergruppen misnøye med egen kropp og sosiale faktorer kan spille en større rolle enn tidligere (Banting & Randle-Philips, 2018, s. 4). I oppgaven vil pasientgruppen være unge jenter fra 13-18 år med DMT1, fordi forskning og faglitteratur viser at denne gruppen er særlig disponert for insulinrestriksjon (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2007; Wisting, Bang, Skrivarhaug, Dahl-Jørgensen & Rø, 2015, s. 1; Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2193-2194; Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 1).

Det forutsettes videre i oppgaven at sykepleier har vært i kontakt med pasienten over en periode og har opparbeidet en relasjon, og tillit gjennom regelmessig poliklinisk diabetesoppfølging. Jeg er bevisst på at familieterapi er sentralt ved diabetesoppfølging hos pasienten som underdoserer insulin, og behandlingen videre for pasientgruppen vil i stor grad involvere familien og pårørende (Helsedirektoratet, 2015). Inkludering av familie vil ikke bli inkludert i oppgaven fordi en slik oppfølging kan kreve spesialistkompetanse utover grunnutdanning hos sykepleier. Oppgavens formål er å finne ut om sykepleier kan fremme endring hos pasientgruppen som benytter seg av insulinrestriksjon, ved hjelp av motiverende intervju, gjennom sykepleiers undervisende og forebyggende funksjon.

1.2.1 Problemstilling

Pasientgruppen er i en sårbar periode både med tanke på alder og sykdomsbilde. Ettersom det ikke foreligger tvang eller fare for liv, vil pasienten kunne ta selvstendige valg i egen behandling basert på sykepleierens undervisende og forebyggende funksjon (Karlsen, 2011, s. 220). Basert på ovenstående resonnement er følgende problemstilling formulert:

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av motiverende intervju (MI), fremme endring hos pasienter som bevisst underdoserer insulin?

1.3 Begrepsavklaring

Insulinrestriksjon er en unik atferd kun for de med DMT1 (Pinhas-Hamiel et al., 2015, s. 518). Insulinrestriksjon beskrives ved at pasienten bevisst underdoserer eller unnlater å sette insulin, for å oppnå vektnedgang (Alvik Torgauten, 2011, s. 192). Insulinrestriksjon kommer til uttrykk som følge av misnøye med egen kropp, og er en kompleks tilstand med en forankring i DMT1 (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2007; Wisting et. al, 2015, s. 6)

Subklinisk spiseforstyrrelse vil i oppgaven bli forstått som en spiseforstyrrelse med forankring i DMT1. Subklinisk spiseforstyrrelse i denne sammenhengen kommer til uttrykk ved insulinrestriksjon, eller å bevisst ikke sette insulin for å oppnå vektnedgang (Banting & Randle-Philips, 2018, s. 4). Misnøye til egen kropp, ønske om vektnedgang og forstyrret spiseoppførsel er medvirkende faktorer (Alvik Torgauten, 2011, s. 192). De kliniske spiseforstyrrelsene kan ifølge Hummelvoll deles inn i anorexia nervosa, bulimia nervosa og fedme (Hummelvoll, 2016, s. 307). De kliniske spiseforstyrrelsene inkluderes ikke i denne besvarelsen. Det fokuseres kun på subklinisk spiseforstyrrelse, der de diagnostiske kriteriene for kliniske spiseforstyrrelser ikke oppfylles (Hummelvoll, 2016, s. 307).

Motiverende intervju er ifølge Helsedirektoratet en anbefalt samtalemethode for å motivere til atferdsendring (Helsedirektoratet, 2017). I oppgaven vil motiverende intervju bli benyttet i form av samtale, med fokus på pasientens endringsberedskap. I oppgaven er det benyttet Ivarssons versjon av motiverende intervju fra boka Motiverende samtaler (Ivarsson, 2017).

Sykepleie er ifølge Norsk sykepleierforbund (NSF) å fremme helse og hjelpe de som har/kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleie iverksettes gjennom omsorg, pleie, helsefremmende og forebyggende arbeid (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Fremme endring vil i oppgaven bety at pasienten setter riktig mengde insulin til rett tid, og at pasienten ikke benytter seg av insulinrestriksjon som en mestringsstrategi (Måløy, 2011, s.110-111). Fremme endring betyr at sykepleier på best mulig måte har informert pasienten, slik at pasienten skal ta et selvstendig valg om å endre situasjonen (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 15).

Poliklinikk er ifølge Iversen & Skafjeld (2011, s. 259) en institusjon innen spesialisthelsetjenesten, som behandler pasienter uten innleggelse på sengepost. Poliklinikken tar imot pasienter til undersøkelse eller behandling primært etter henvisning fra annet helsepersonell (Braut, 2018).

2 Teoretisk kapittel

Kapittelet beskriver subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med DMT1, insulinrestriksjon som metode, sykepleiers rolle ved poliklinikk i møte med pasientgruppen, samt presentasjon av den transteoretiske modellen og motiverende intervju. Videre presenteres de ulike lover og retningslinjer vedrørende det som legger det juridiske og etiske rammeverket for sykepleieutøvelsen.

2.1 Diabetes mellitus type 1 hos unge jenter

Insulin er et hormon som produseres i vevet fra den endokrine delen av pankreas. Hormonet insulin gjør glukose fra blodbanen tilgjengelig for kroppens celler. Når den endokrine delen av pankreas svikter, oppstår det en umiddelbar reduksjon i insulinproduksjonen. Ved utviklet DMT1 er det en total bortgang av insulinproduksjon (Jenssen, 2016, 388). Manglende insulinproduksjon resulterer i blant annet avmagring, vekttap, nedsatt appetitt, tørste, glukosuri, og væsketap (Sagen, 2011, s. 21). Ved DMT1 er insulinsubstitusjon nødvendig (Sagen, 2011, s. 19). Et stabilt fastende blodsukker bør ligge på 4,0-7,0 mm/l, eller et langtidsblodsukker på < 7,0% (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009). I ungdomsårene forekommer det fysiologiske endringer der økt insulinresistens grunnet hormonelle endringer kan være vanskelig å håndtere. Om insulindosene ikke økes i takt med det økte behovet for insulin, kan pasienten risikere dårligere metabolsk kontroll (Haugstvedt, 2011, s. 285).

Jenter i tenårene vil gjennomgå naturlige forandringer knyttet til kjønnskarakteristika og vektøkning. Ungdomsårene legger ofte et større fokus sosialt sett på kropp og slanking (Frostad, 2014, s. 659). Kraftige følinger er vanlig den første tiden når pasienten tar ansvar for egen diabetesregulering (Frostad, 2014, s. 659). Ifølge Norges diabetesforbund (2019) vil følinger tilsvare blodsukkerverdier under 4 mmol/l. Ved lette til moderate følinger kan symptomene være diffuse som konsentrasjonsvansker, blekhet, hodepine, og kvalme (Diabetesforbundet, 2019). Symptomene ved føling kan for pasienten oppleves som sosialt uakseptabelt, fordi det vil avvike fra det som anses som «normalt» (Frostad, 2014, s. 659). Pasienter med DMT1 kan ofte spise mer for å unngå følinger, noe som forsterker tendensen til vektøkning og vektproblematikk (Frostad, 2014, s. 659).

2.2 Subklinisk spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser klassifiseres til kliniske og subkliniske spiseforstyrrelser (Frostad, 2014, s. 660). Imidlertid kan begge klassifikasjoner sies å kjennetegnes av identitetsforstyrrelse som forsterkes av spisevanskene. Oppmerksomheten rundt mat og vekt forsterkes, og det forekommer en forskyvning av perspektiver i forhold til hva som er betydningsfullt i pasientens liv (Hummelvoll, 2016, s. 307).

Subklinisk spiseforstyrrelse kommer til uttrykk som overopptatthet av vekt og kroppsform, og i form av moderate endringer i atferd (Frostad, 2014, s. 660). Subklinisk spiseforstyrrelse kan beskrives som en kulturbundet lidelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016, s. 374). Forholdene mellom kulturen i oppveksten og individuell lidelse er komplekse. Ifølge Hummelvoll vil et hvert individ som har en spisevegrende atferd, ha sin personlige dynamikk som bidrar til at problemet oppstår (Hummelvoll, 2016, s. 307). I denne konteksten vil DMT1 være den underliggende problematikken til subklinisk spiseforstyrrelse.

Overopptatthet av vekt og kroppsform kombinert med reell vektøkning relatert til insulinbehandling, kan være utslagsgivende for at pasienten velger en dysfunksjonell mestringsstrategi slik som insulinrestriksjon (Frostad, 2014, s. 659). Ved DMT1 vil den minste endring i spiseatferd gi betydelige forstyrrelser i blodsukkerreguleringen. Det vil være avgjørende å få avklart om pasienten gir antydning til å ha problemer med en subklinisk spiseforstyrrelse. Å avdekke problematikken vil være viktig, med tanke på risikoen for å utvikle diabeteskomplikasjoner. I noen tilfeller kan en subklinisk spiseforstyrrelse være en forløper for klinisk spiseforstyrrelse (Frostad, 2014, s. 660). Subklinisk spiseforstyrrelse hos pasienten har konsekvenser for fysisk, psykisk og sosial utvikling, og kan føre til irreversible helseskader, som igjen utgjør et stort helseproblem for den som rammes.

2.2.1 Insulinrestriksjon som metode ved subklinisk spiseforstyrrelse

Det forekommer store uenigheter i litteraturen til tall og forekomst av insulinrestriksjon, ettersom dette måles og vurderes ulikt. Det er sprikende tall i store deler av litteraturen, og uenigheter i forskningen. Norges diabetesforbund (2005) viser til at 16% av unge jenter i alderen 15-30 år rapporterte at de har underdosert insulin. Halvparten av disse rapporterte at de underdoserte insulin bevisst for å oppnå vektnedgang (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 10). Insulinrestriksjon er en av de vanligste subkliniske spiseforstyrrelsene som forekommer hos pasienter med DMT1 (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 8). Insulinrestriksjon eller et

totalt fravær av å sette insulin hindrer kroppen i å bruke glukose som energikilde. Kroppen vil inngå et kompromiss ved å bryte ned egne fettreserver og muskler som en erstatningsmekanisme (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 4). Insulinrestriksjon resulterer i blodsukkerstigning, og sukker skilles ut i urinen. Konsekvensen vil gi økt urinproduksjon, som vil gi en vandrivende effekt (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 8). I tillegg kan insulinrestriksjon resultere i lett kvalme som medfører et redusert næringsinntak (Frostad, 2014, s. 660). Insulinrestriksjon kan oppleves som en form for renselse (Frostad, 2014, s. 660). Insulinrestriksjon har et siste bruksområde, som kan uttrykkes som en form for selvskading. Frostad beskriver insulinrestriksjon som selvskading, der effekten flytter oppmerksomheten bort fra vonde tanker til en kroppslig reaksjon (Frostad, 2014, s. 660). Videre i oppgaven vil fokuset legges til insulinrestriksjon relatert til vekttap, og ikke som et uttrykk for selvskading, selv om det absolutt vil være aktuelt i en klinisk situasjon.

2.3 Alder og utviklingsstadiet til pasienten

Alderen og livsfasen pasienten befinner seg i er av betydning for hvordan sykepleier møter pasienten (Haugstvedt, 2011, s. 269). Beskrevet i Eriksons utviklingsteori er ungdomsårene fra 14-20 år, preget av biologiske faktorer og sosial utvikling (Håkonsen, 2015, s. 57). Ifølge Eriksons utviklingsteori er identitet det viktigste elementet som utvikles (Haugstvedt, 2011, s. 286). Ifølge Helsedirektoratet vil overgangsfaser i livet gi økt sårbarhet for subklinisk spiseforstyrrelse, særlig hvis det foreligger andre sårbarhetsfaktorer (Helsedirektoratet, 2017). Økt sårbarhet forekommer særlig i puberteten, ved nye utfordringer knyttet til identitet (Helsedirektoratet, 2017, s. 20). Erikson definerer utviklingsfasen som identitet versus forvirring. Fasen legger fokus på utviklingen av egoidentitet. Mening og forutsigbarhet er avgjørende for egoidentiteten, der pasienten har en følelse av kontroll over eget liv (Håkonsen, 2015, s. 57). DMT1 krever daglige behandlingsmessige vurderinger, og ifølge Haugstvedt må valgene pasienten tar gjøres hver dag, året rundt, uten en fridag (Haugstvedt, 2011, s. 271). Haugstvedt understreker at DMT1 kan påvirke den naturlige selvstendigjøringen i utviklingsstadiet, og kan forsinke en positiv identitetsutvikling (Haugstvedt, 2011, s. 286). Ifølge Wisting et al. (2015) er utbredelsen av subkliniske spiseforstyrrelser i kombinasjon med DMT1, fem ganger høyere blant kvinner i alderen 17-19 år enn unge kvinner i alderen 11-13 år (Wisting et. al, 2015, s. 6).

2.4 Helhetlig sykepleie

Ifølge sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (2016) skal sykepleier ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2016). Helhetlig sykepleie innebærer ivaretagelse av hele mennesket, på det fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle plan. I denne oppgaven vil helhetlig sykepleie komme til uttrykk under en poliklinisk konsultasjon ved hjelp av sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon.

2.4.1 Poliklinisk konsultasjon

Behandling av subklinisk spiseforstyrrelser hos ungdom med DMT1 innebærer et komplekst samspill mellom psykososiale, ernæringsrelaterte og medisinske aspekter. Psykosomatikk omfatter samspillet mellom psykiske og kroppslige funksjoner. Sykepleier må ha forståelse for at håndtering av DMT1 er krevende i ungdomsårene, og sykepleier må derfor møte pasienten med respekt og verdighet knyttet til håndteringen av diabetesregime, og situasjonen pasienten befinner seg i (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det legges stor vekt på selvbestemmelse og annerkjennelse som en del av diabetesbehandlingen hos ungdom. Det er avgjørende for behandlingsresultatet at det etableres en relasjon som gir ungdommen en opplevelse av å bli møtt, respektert og anerkjent (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 14). For sykepleier er målet med en poliklinisk konsultasjonen å opprettholde et stabilt fastende blodsukker på 4.0-7.0 mmol/l, samt et langtidsblodsukker (HbA1c) på 7.0% eller lavere (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009). Det er nødvendig at sykepleier etterspør om pasienten jevnlig sjekker blodsukkeret i løpet av dagen. I tillegg til det rent medisinske er det like viktig å fokusere på pasientens livskvalitet (Jenssen, 2015, s. 229). Livskvalitet beskrives av Rokne som et flerdimensjonalt begrep som omfatter den enkeltst opplevelse av å ha et godt liv. Det er et individuelt, subjektivt fenomen som omfatter fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet (Rokne, 2011, s. 166). Sykepleier må være klar over at pasienten er sårbar, med tanke på alder, utvikling og sykdom. For å kartlegge livskvalitet på best mulig måte, vil det være fornuftig å benytte et kartleggingsskjema eller en samtale tilpasset ungdommen (Rokne, 2011, s.169). Sykepleiers undervisende funksjons kan komme til uttrykk ved å veilede i forhold til kroppsvekt, sunt kosthold, samt konsekvensene av insulinrestriksjon på kort og lang sikt ved hjelp av motiverende intervju.

2.4.2 Helsefremmende og forebyggende funksjon

I denne oppgaven vil det legges vekt på sykepleierens forebyggende og undervisende funksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Sykepleier vil identifisere tegn og iverksette

tiltak for å forebygge en forverring av subklinisk spiseforstyrrelse og insulinrestriksjon, i tillegg til å undervise pasienten. I oppgaven er det benyttet Nordtvedt & Grønseths versjon av hva sykepleierens undervisende funksjon innbefatter (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Her blir sykepleierens undervisende funksjon lagt vekt på i form av å informere, undervise og veilede pasienten til en optimal diabeteskontroll. Veiledning og undervisning kan bidra til å fremme trygghet i behandlingen, samt hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av insulinrestriksjon (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Helsefremmende funksjon vil i denne konteksten bli definert som å fremme endring hos ungdommen, som beskrevet i kapittel 1.3.

Sykepleier må finne ut sammen med pasienten hva problematikken innebærer. Omfanget av insulinrestriksjon, vektnedgang og misnøye til egen kropp må kartlegges for å hjelpe pasienten til endring (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 17). Sykepleiere bør ha kjennskap til kombinasjonen av DMT1 og subklinisk spiseforstyrrelse (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 15). Det er sykepleiers ansvar å avdekke problematikken for å forebygge en forverring av tilstanden. Sykepleier kan ved hjelp av observasjoner, undervisning og samtale finne tegn på subkliniske spiseforstyrrelse hos pasienter med DMT1. Tydelige tegn vil være høyt HbA1c, hyppige ketoacidoser, unnvikelsesatferd, samt at pasienten kan innrømme insulinrestriksjon for å oppnå vektnedgang (Frostad, 2014, s. 663). Sykepleier kan observere at pasienten blir engstelig ved snakk om veiting, og kan nekte å veie seg i sykepleiers påsyn. Pasienten kan gi uttrykk for misnøye over egen vekt og figur (Frostad, 2014, s. 663). Her kan sykepleier benytte seg av den undervisende funksjonen for å kunne hjelpe pasienten. Det kan likevel være vanskelig å gjenkjenne atferdsmønsteret, da pasienter vanligvis benekter slik atferd (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2010). Andre tegn kan vises i form av betydelig vegring mot å følge råd fra sykepleier, samt unnvike fra å holde avtaler om kontroller og behandling (Frostad, 2014, s. 663).

Det er ingen fasit per dags dato om hvilke tiltak som er best egnet for pasientgruppen. Det er derimot flere aktuelle behandlingsformer som kan benyttes. Undervisning vil være et relevant tiltak for pasientgruppen. Store deler av tiltakene som iverksettes går ut på å gjenopprette en optimal diabeteskontroll og optimal ernæring, samt psykoterapeutiske innspill for å håndtere årsak- og vedlikeholds faktorene rundt tilstanden (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 3). Dette går under sykepleiers ansvar om å fremme pasientens helse og forebygge sykdom, samt sykepleiers undervisende funksjon (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.5 Den transteoretiske modellen – endringsberedskap

Den transteoretiske modellen for endring er knyttet til ulike former for motivasjonsterapi (Prochaska og Di Clemente, 1982, s. 282). Modellen har siden 1990-tallet hatt 5 steg; prekontemplatorisk fase, kontemplatorisk fase, forberedelsesfasen, handlingsfasen, og vedlikeholdsfasen (Prochaska, Di Clemente, & Norcross, 1992, s. 1103). I den prekontemplatoriske fasen legges det vekt på at ungdommen ikke anerkjenner at hun har et problem, eller at ungdommen prøver å fortrenge problemet (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 16). I denne fasen har heller ikke ungdommen reflektert over endring (Alvik Torgauten, 2011, s. 193). I den kontemplatoriske fasen vil overveieelse av problemet og muligheten til å tenke at problemet kan håndteres komme frem (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 16). Ungdommen har i dette stadiet begynt å overveie muligheten til endring (Alvik Torgauten, 2011, s. 193). I forberedelsesfasen gjør ungdommen seg klar for at endring er en mulighet. I handlingsfasen vil ungdommen aktivt forsøke å gjennomføre endring. Det siste steget er vedlikeholdsfasen der ungdommens endring opprettholdes (Alvik Torgauten, 2011, s. 193). Et viktig moment er å utforske ambivalensen til endring.

Den transteoretiske modellen er beskrevet i litteraturen som et hjelpemiddel for å drive endringsfokusert rådgivning (Norges Diabetesforbund, 2005, s. 16). En reel endring må være basert på pasientens egen motivasjon. For å gi veiledning til endring, vil det første steget være å etablere en trygg kontakt, og tilstrekkelig med tid (Alvik Torgauten, 2011, s. 193). Ifølge Alvik Torgauten vil prosessen ta utgangspunkt i virkelighetsforståelsen til pasienten. Ved å bli møtt med en aksepterende holdning vil pasienten oppleve trygghet og rom for refleksjon. Alvik Torgauten understreker at videre i prosessen vil pasienten kunne skape en distanse til problemet, som kan åpne for en alternativ forståelse og dermed for endring (Alvik Torgauten, 2011, s. 193). Ifølge Helsedirektoratet er den transteoretiske modellen ikke en del av motiverende intervju, men beslektet (Helsedirektoratet, 2017).

2.6 Motiverende intervju – MI

Pasienten er i det utviklingsstadiet som innebærer høyere risikoatferd (se kapittel 2.3), og atferden kan komme til uttrykk ved å unngå deler av diabetesregimet, som insulinrestriksjon (Luke & Richards, 2018, s. 89). Ifølge Graue & Haugstvedt vil det å fremme læring- og mestringsstrategier til den enkelte pasienten stå sentralt i diabetesomsorgen (Graue & Haugstvedt, 2011, s. 245). Motiverende intervju vil utforske ambivalens for endring, samt finnes løsninger som passer den enkelte, om pasienten identifiserer situasjonen som et

problem (Christie & Channon, 2014, s. 252). Det er viktig å prøve å engasjere pasienten til å oppnå endring under samtalen. Motiverende intervju er en kunnskapsbasert samtalemethode der hensikten er å styrke pasientens egen motivasjon og forpliktelse til endring (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2191). Ifølge Helsedirektoratet kan motiverende intervju ha flere bruksområder overfor risikofylt og helserelatert atferd. Eksempelvis som en del av behandling av subklinisk spiseforstyrrelse og håndtering av kroniske lidelser (Helsedirektoratet, 2017).

Motiverende intervju er et kommunikasjonsverktøy som kan bidra til å vurdere viktigheten av endring, tillit til å forandre seg, og om endring er en prioritet for pasienten (Christie & Channon, 2014, s. 252). Gjennom samtale kan sykepleier strategisk benytte seg av MI-samtalens 4 faser for endring. Ivarsson presenterer fasene som engasjere, fokusere, fremkalle endringssnakk og planlegge (Ivarsson, 2017, s. 19). Ifølge Ivarsson har en MI-samtale ulikt fokus på ulike faser avhengig av hvor klar pasienten er for endring (Ivarsson, 2017, s. 19). Om pasienten har lav endringsberedskap må samtalen ha fokus på å engasjere pasienten og fokusere på emnet. Ved middels endringsberedskap legges samtalen til å fokusere på å fremme endringssnakk. Når pasienten har høy endringsberedskap vil samtalen ha fokus på å planlegge konkrete steg mot endring (Ivarsson, 2017, s. 18-19).

Åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelse er de grunnleggende kommunikasjonsferdighetene som benyttes under et motiverende intervju.

Kommunikasjonsferdighetene legger grunnlaget for en reflektert samtale for å fremme endring hos pasienten (Ivarsson, 2017, s. 20-23). Sykepleier kan tilby informasjon i form av råd eller forslag i samtalen, kun om pasienten takker ja og ønsker det (Ivarsson, 2017, s. 24). Motiverende intervju som en del av behandlingsforløpet kan føre til store forbedringer i blodsukkerkontrollen og HbA1c nivåer (Stanger et al, 2013, s. 635).

2.7 Etikk og lovverk

2.7.1 Sykepleiers etiske vurderinger og retningslinjer

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer formuleres det at sykepleier skal vise respekt for den enkelte pasient, vise integritet og verdighet i prosessen (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleier har ansvar for å fremme pasientens helse og forebygge sykdom. Sykepleierens undervisende funksjon blir understøttet av de yrkesetiske retningslinjene. Dette gjøres ved at sykepleier gir tilstrekkelig, god og tilpasset informasjon, slik at pasienten skal ta et selvstendig valg i behandlingsprosessen (Norsk sykepleierforbund, 2016). Problemstillingen i

denne oppgaven og sykepleiers yrkesutøvelse kan knyttes opp mot konsekvensetikken. Konsekvensetikken bygger på pasienten og handlingen, med fokus på konsekvensene av den gitte handlingen (Sneltvedt, 2016, s. 68). Konsekvensetikken fokuserer på mål og konsekvenser av en handling.

2.7.2 Lovverk

Lovverket styrer sykepleiers yrkesutøvelse i form av hvilke plikter vi må forholde oss til, og fremhever hvilke rettigheter pasienten har. Rettighetene og pliktene vil variere med tanke på hvilke deler av helsetjenesten pasienten og sykepleier befinner seg i. Sykepleier er pliktig til å gi informasjon til den som har krav på det, som nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 til 3-4 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2-§3-4). Informasjonsplikten til sykepleier blir også vektlagt i helsepersonelloven. Sykepleier er lovpålagt å gi informasjon til pasienter herunder kapittel 2, §10 informasjon til pasienter (Helsepersonelloven, 1999, §10). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven under kapittel 3, har pasienter rett til medvirkning og informasjon. Det er nedfelt i §3-1 at pasienter har rett til medvirkning ved helse og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Pasienten har rett til å medvirke og det understrekes at medvirkningsformen skal tilpasses pasientens evne til å motta informasjon på bakgrunn av pasientens alder og modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Vedrørende pasientens oppfølging poliklinisk understreker «forskrift om barns opphold i helseinstitusjon» under merknad til §2 presiserer det at poliklinisk behandling av barn under 18 år er å foretrekke. Forskriften tydeliggjør at barn skal kun legges inn i institusjon om absolutt nødvendig (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §2).

3 Metode

3.1 Litterær oppgave

I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut om sykepleier kan fremme endring hos pasientgruppen som bevisst underdoserer insulin ved hjelp av motiverende intervju, gjennom sykepleiers undervisende og forebyggende funksjon. For å besvare problemstillingen blir litterær oppgave anvendt som metode. Ifølge Dalland er litterær oppgave den systematiske fremgangsmåte en benytter for å samle informasjon fra skriftlige kilder for å besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). Det positive med en litterær oppgave er at man kan fordype seg i tematikken og se utviklingen i faget, samt tilegne seg kunnskap ved eksisterende relevant teori og forskning. En gjennomgang av flere skriftlige kilder er interessant siden subklinisk spiseforstyrrelse ved DMT1 er et relativt nytt forskningsfelt.

3.2 Fremgangsmåte og søkestrategi

For å finne forskningsartikler er databasene Cinahl, PubMed, og GoogleScholar benyttet, samt frisøk. Det ble søkt i flere databaser fordi subkliniske spiseforstyrrelser ved DMT1 er et nyere forskningsfelt, og søk i flere databaser gir et bredere søk og flere aktuelle treff. I søkeprosessen er det formulert relevante søkeord for problemstillingen ved hjelp av bøker og tidligere leste artikler på emnet. Jeg har valgt å inkludere artikler som både tar for seg subkliniske spiseforstyrrelser i kombinasjon med DMT1 som tilstand, samt sykepleiers rolle hos pasientgruppen, og intervensjoner som motiverende intervju. Dette er gjort på bakgrunn av tidligere fokus i litteraturen på feltet. Litteraturen tar som oftest for seg jenter fra 13-18 år med subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med DMT1. Ved hjelp av frisøk som «diabetes mellitus type 1 and eating disorder», leste jeg igjennom en del forskningsartikler før jeg fant konkrete søkeord via artiklene i abstraktene.

Etter forelesning høsten 2018 ble jeg oppfordret til å søke i fritekst på «review article» eller «systematic review» for å få en bredere oversikt over forskningsfeltet. Det ble i tillegg gjort et frisøk etter samtale med lærer i desember 2018. Frisøket ble gjort på grunnlag av å ha med «Norge/Norwegian» i søket da det var interessant å finne ut om det var gjort studier om tilstanden i Norge.

Det ble utarbeidet et PICO-skjema for å strukturere søkene mine. Skjema presenteres i tabellen nedenfor, tabell 1.

Tabell 1 PICO skjema

Problem/pasient (P)	Intervensjon (I)	Sammenlikning (C)	Utfall/resultat (O)
P1: «type 1 diabetes mellitus» OR «Diabetes Mellitus» OR “chronic disease” P2: «eating disorderes» OR «Insulin restriction” P3: «adolescent» OR «Teenager»	«Motivational interview » OR «transtheoretical model of change»		Promote Change OR Less Insulin omission

Videre i søkeprosessen ble følgende avgrensninger valgt: artiklene måtte være publisert etter 2009, og kun engelske og norske artikler ble vurdert som aktuelle. I tillegg hadde jeg valgt ut noen inklusjonskriterier på forhånd som skulle bidra til å systematisere utvelgelsen av artikler. For å bli inkludert måtte forskningsartiklene omhandle subkliniske spiseforstyrrelser ved DMT1 enten i tittelen eller i abstraktet. Artiklene skulle ta for seg ungdom i aldersgruppen 13-18 år, med fokus på kvinnelige pasienter. Alderen ble bestemt på bakgrunn av helsedirektoratets definisjon av ungdom, fra 13-18 år (Helsedirektoratet, 2012). Begrepet kronisk sykdom ble benyttet som søkeord, fremfor DMT1 ettersom kombinasjonen av søkeordene ikke ga treff i Cinahl. I artikler som omhandlet motiverende intervju skulle motiverende intervju være et tiltak til å fremme endring/bedring for at den skulle inkluderes. For å finne aktuelle artikler på en effektiv måte ble abstrakt og tittel lest først. Artikler som ikke nevnte inklusjonskriterier i tittel eller abstrakt ble ekskludert.

Det var 4 artikler som til slutt ble vurdert som aktuelle. Tidsskriftene til artiklene ble sjekket ved hjelp av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og alle artiklene var publisert i tidsskrift som gjennomfører fagfelleevaluering (Norsk senter for forskningsdata, 2018).

Fremgangsmåten vedrørende artikkelsøk er illustrert i tabellen nedenfor, tabell 2.

Tabell 2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Dato for søk	Forfatter + årstall	Databaser	Avgrensninger	Søkeord	Antall funn
30.11.18	1. McCarvill & Weaver, 2014	Cinahl	År 2009-2019 Fagfellevurdert (Peer reviewed), Abstrakt tilgjengelig (abstract available), forskningsartikkel (research article), ungdom (adolescent 13-18)	«eating disorders» AND «Diabetes mellitus type 1»	22 artikler
13.12.18	2. Banting & Randle-Phillips, 2018	Google Scholar	År 2009 – 2019 «sorter etter dato»	«systematic review» «diabetes mellitus type 1» AND «eating disorders» «interventions»	9 artikler
10.12.18	3. Schaefer & Kavookijan, 2017	Cinahl	År 2009 – 2019 Fagfellevurdert Abstrakt tilgjengelig Forskningsartikkel Ungdom 13-18	«motivational interviewing» AND «adolescence » AND «chronic disease»	2 artikler
4.1.19	4. Wisting, Skrivarhaug, Bang & Dahlg-Jørgensen, 2015	PubMed	År 2009 – 2019 Humans Abstrakt tilgjengelig Full tekst tilgjengelig Gratis full tekst tilgjengelig	«diabetes mellitus type 1» AND «eating disorders» AND «adolescent»	24 artikler

3.3 Kvantitativ metode

I litteratursøket er det valgt fire artikler i artikkelmatrisen, som har en kvantitativ tilnærming til tema DMT1, subkliniske spiseforstyrrelser og MI. I kvantitativ tilnærming blir resultatene presentert i målbare former, ved hjelp av grafer og statistiske analyser (Thidemann, 2015, s.

77). Det er benyttet en kvantitativ tverrsnittstudie. En tverrsnittstudie samler inn informasjon på et gitt tidspunkt og i en definert populasjon, på en strukturert måte (Thidemann, 2015, s. 78). Det er benyttet en oversiktsartikkel (review article) som tar for seg all litteraturen om emnet uavhengig av metode, der sykepleiers rolle er vektlagt. Det er for utenom dette benyttet to systematiske oversiktsartikler i litteratursøket (systematic review), som har med RCT design og kohortstudier samt pilotstudier. Inklusjon av to systematiske oversiktsartikler er et bevisst valgt, ettersom systematiske litteratursøk gir en god oppsummering og overblikk over kunnskapen som foreligger om subkliniske spiseforstyrrelser og DMT1. Ifølge Thidemann er systematiske oversiktsartikler en oppsummering og sammenstilling av resultater fra alle relevante studier innenfor forskningsområde (Thidemann, 2015, s. 72).

3.4 Relevant faglitteratur

Da jeg valgte tematikken DMT1 og subkliniske spiseforstyrrelser var jeg klar over at det var relativt snevert beskrevet i pensumlitteraturen. Det teoretiske rammeverket danner grunnlaget for forståelse ved oppgaven. For å belyse problemstillingen på best mulig måte har jeg valgt litteratur gjennom sykepleierutdanningens pensum som tar for seg noe om mitt tema. Det er kombinert anbefalt litteratur i samråd med veileder og lærer. Det er benyttet pensum om patofysiologien for DMT1. Psykologibøker som presenterer det psykiske aspektet rundt problemstillingen og utviklingspsykologi har blitt benyttet. Bøker om kommunikasjon, etikk og lovverk er brukt. Bøker om motiverende intervju har vært av stor interesse, og er benyttet for å svare på problemstillingen. Nettsider som Helsedirektoratet, folkehelseinstituttet, og Norges diabetesforbund er benyttet siden de har oppdatert kunnskap og tall, og er pålitelige kilder. Det er via disse nettsidene benyttet rapporter og retningslinjer knyttet til tematikken. Sykepleiere må basere avgjørelsene sine på kunnskapsbasert praksis. Jeg har benyttet meg av flere artikler på emnet insulinrestriksjon og subkliniske spiseforstyrrelser i kombinasjon med DMT1, for å få et bredere bilde enn de fire hovedartiklene. Artikler om motiverende intervju med hovedfokus på DMT1 og insulinrestriksjon er benyttet for å drøfte og understøtte hovedartikkelen om motiverende intervju ved kronisk sykdom. Artiklene varierer i årstall og land, men er ikke eldre en 10 år.

3.5 Kildekritikk

3.5.1 Egen gjennomførelse og valg

Å være kildekritisk betyr at man kritisk vurderer litteraturen som er benyttet i oppgaven. I oppgaven har jeg valgt å sette en tidsgrense fra 2009-2019, for valgte artikler. Dette er gjort på bakgrunn av at forskningsfeltet er i kontinuerlig endring. Valg av søkemotorer eller søkeord kan ha vært mangelfulle, dette kan ha påvirket oppgaven med færre artikler å velge i. Jeg er bevisst på at denne mangelen kan ha påvirket på en slik måte at jeg kan ha gått glipp av eksisterende studier innen temaet som kunne vært aktuelle. Det er kun brukt pålitelige databaser som Cinahl, PubMed, og GoogleScholar. Likevel kunne jeg ha anvendt flere databaser for å få en bredere dekning av forskningen. Jeg har ikke fått hjelp med valg av søkeord eller søkemotorer, noe som kan ha gitt konsekvenser for oppgaven. Tross av de nevnte svakhetene, fikk jeg relevante treff og artikler.

Jeg har benyttet meg av Norges diabetesforbund sin rapport fra 2005. Subkliniske spiseforstyrrelser i kombinasjon med DMT1 er et raskt voksende forskningsfelt med stadig nye innfallsvinkler, og en rapport fra 2005 kan være utdatert. Det er imidlertid benyttet nye artikler i tillegg til den eldre rapport fra Diabetesforbundet, så oppgaven ikke mister relevans. I tillegg kan pasientorganisasjoner som Norges diabetesforbund ha egen motivasjon for å fremheve problemstillinger. Jeg er bevisst på at rapporten ikke er *forskning* i form av en systematisk og uhildet innsamling og vurdering av data. Imidlertid kan organisasjoner som Diabetesforbundet ta tak i konkrete problemstillinger som ikke er så tydelig belyst, som min problemstilling, og sammenstille kunnskap om tema i en norsk kontekst. Jeg valgte derfor å benytte denne rapporten på tross av de nevnte svakhetene.

3.5.2 Artikkelvalg

De fire hovedartiklene som er benyttet i artikkelmatrisen er studier fra Canada, USA, England og Norge. Forskning gjort i utlandet er kritisk vurdert og gjennomgått før den ble inkludert. Jeg er bevisst på at det kan forekomme kulturforskjeller i henhold til forståelse, undervisning og behandling av DMT1 i kombinasjon med subklinisk spiseforstyrrelse, samt forskjeller i helsevesenet. Det er derfor ikke sikkert at alle forskningsartiklene er overførbare til norske forhold. Det er brukt tre artikler som tar for seg prevalensen av subkliniske spiseforstyrrelser i kombinasjon med DMT1. Artiklene har varierende resultat med sprikende tall. Varierende

forekomst kan være et resultat av at det er uenigheter i litteraturen om hva som klassifiseres som subkliniske spiseforstyrrelser, samt hvilke kartleggingsverktøy som benyttes for å måle forekomsten. Det forekommer forskjeller i hvordan artiklene beskriver insulinrestriksjon. Eksempelvis «insulin restriction», «insulin omission» og «insulin misuse». Den siste artikkelen tar for seg motiverende intervju som et tiltak til kronisk sykdom, og etterlevelsen av undervisningen som er gitt i form av bruken av motiverende intervju. De kroniske sykdommene som er inkludert i denne artikkelen er DMT1, astma og HIV, imidlertid er det lagt størst fokus på DMT1 i artikkelen. Siden DMT1 ikke er drøftet alene, kan resultatene være vage for DMT1. Dette kan betraktes som en svakhet. Ideelt sett burde jeg ha funnet en artikkel som tok for seg DMT1, subkliniske spiseforstyrrelser og motiverende intervju. Ettersom dette ikke ble funnet valgte jeg å kombinere artiklene, og man kan kanskje anta at resultatene av den valgte artikkelen for motiverende intervju kan på dette grunnlaget benyttes.

Ved en litterær oppgave vil forfatterne av primærlitteraturen ofte ha bearbeidet sitt eget materialet. Ved sekundærlitteraturen har forfatterne bearbeidet andres materiale og gjort sin egen subjektive tolkning av teksten. Man går dermed inn i en tekst som er tolket og forstått av andre. I tillegg har en selv en forforståelse på emnet og egne tolkninger. Jeg har vært bevisst på dette gjennom hele oppgaven.

Presentasjon av andres arbeid må skje på en respektfull, ordentlig og nøyaktig måte som ikke er fortolket av en selv. LDH's retningslinjer for kildehenvisning er benyttet gjennom hele oppgaven. Selv har jeg ikke egen erfaring med pasientgruppen, klinisk erfaring vil ikke inkluderes, og vil ikke komme i konflikt i henhold til taushetsplikten og personvern.

4 Resultat

Her blir artiklene presentert ved hjelp av en artikkelmatrise (se tabell 3). Det gis en beskrivelse av studienes hensikt, design og metode, samt sentrale funn (Thidemann, 2015, s. 90).

Tabell 3 artikkelmatrise

N r.	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	McCarvill & Weaver 2014	Primary care of female adolescents with type 1 diabetes mellitus and disordered eating	Journal of Advanced Nursing (JAN)	Å identifisere sykepleiers rolle i omsorgen for kvinnelige ungdommer med diabetes mellitus type 1, som er i fare for forstyrret spiseatferd, og å formulere kliniske anbefalinger til sykepleiere i primærhelsetjenesten.	Oversiktsartikkel ved hjelp av litteratursøk. (Review article).	Kvinnelige ungdommer med DMT1 er sårbar for å utvikle forstyrret spiseatferd grunnet flere risikofaktorer. Forstyrret spiseoppførsel kan komplisere diabetesbehandlingen og resultere i dårlig glykemisk kontroll og diabetesrelaterte komplikasjoner.
2	Banting & Randle-Philips 2018	A systematic review of psychological interventions for comorbid type 1 diabetes mellitus and eating disorders	Diabetes Management	Målet med oversiktsartikkelen er å kritisere og systematisk vurdere effekten av behandlinger for de med kombinasjonen DMT1 og en spiseforstyrrelse.	Systematisk oversiktsartikkel med kvantitative artikler sammenlikner forskningsartikler med RCT design	Artiklene varierte i metode og kvalitet, noe som gjorde det vanskelig å sammenlikne. Artikkelen finner videre at en individualisert intervensjon som adresserer både spiseforstyrrelser og DMT1 framstår som den mest effektive behandlingen. Det mangler rapportering om underdosering av insulin i litteraturen.
3	Schaefer & Kavookjian 2017	The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in	Patient Education and Counseling (PEC)	Denne oversiktsartikkelen har som hensikt å evaluere virkningen av motiverende intervju (MI) på etterlevelse og	Systematisk review sammenlikner forskningsartikler med RCT design	12 artikler ble beholdt for sammenlikning. Diabetes mellitus type 1, astma og HIV var de vanligste kroniske sykdommene som ble undersøkt i studien. 11 av

		adolescents and young adults with chronic illness: A systematic review		symptomnivå/ alvorlighetsgrad hos ungdommer med kronisk sykdom, ved bruk av en modifisert Cochrane-metode.	og piloter for å vurdere virkningen av MI som intervensjon.	de 12 artiklene ga støtte for enten forbedret etterlevelse, symptomreduksjon eller en kombinasjon av begge etter at deltakerne hadde mottatt MI. Livskvaliteten ble også forbedret i 3 studier.
4	Wisting, Bang, Skrivarh aug, Dahl-Jørgensen & Rø 2015	Adolescents with type 1 diabetes – the impact of gender, age, and health-related functioning on eating disorder psychopathology	PLOS ONE	Denne studien har til formål å undersøke sammenhenger mellom spiseforstyrrelsens psykopatologi og sykdom oppfatning, mestringsstrategier, holdninger til insulin, insulin restriksjon, kroppsmasseindeks og alder hos unge menn og kvinner med DMT1. Det er i artikkelen lagt et hovedfokus på kvinner.	Kvantitativ metode, der det ble foretatt intervju som metode med 105 deltakere for å undersøke kjønnsforskjeller som en variabel blant spiseforstyrrelser.	Kjønnsforskjeller ble presentert som en variabel blant spiseforstyrrelsespatologien. Blant kvinner var spiseforstyrrelsens psykopatologi signifikant forbundet med kroppsmasseindeks, alder, insulin restriksjoner, mestringsstrategier, sykdomsperspektiv og oppfatninger av insulinproblemer. Alder, sykdomsperspektiv og insulin restriksjoner forblir betydelig forbundet med spiseforstyrrelsens psykopatologi. Ingen av variablene var forbundet med spiseforstyrrelser psykopatologi blant menn.

5 Drøfting

I drøftingskapittelet vil problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleier ved hjelp av motiverende intervju (MI), fremme endring hos pasienter som bevisst underdoserer insulin?*» redegjøres ved å konkretisere hva som kan fremme endring hos ungdom, sykepleierrollen, samt bruken av motiverende intervju som samtalem metode ved en poliklinisk konsultasjon.

5.1 Bruken av motiverende intervju

Insulinbehandling fører til vektøkning, som kan resultere i etterfølgende følelsesmessig nød med insulinrestriksjon som følger (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 4). Det kan være utfordrende for sykepleier å motivere til endring om ungdommen ikke oppfatter insulinrestriksjon som et problem. Med bakgrunn i vektøkning og følelsesmessig nød kan man hevde at pasienten benytter seg av insulinrestriksjon som en form for justering av diabetesregime, som gagnar en selv i forhold til vektnedgang. Det er viktig å bemerke at et ustabil langtidsblodsukker nødvendigvis ikke kommer av underliggende subklinisk spiseforstyrrelse, men av å glemme å sette insulin i en travel hverdag (Christie & Channon, 2014, s. 253). Det er derimot høy forekomst av insulinrestriksjon på opptil 32-36% av ungdommer med DMT1 (Wisting, et al, 2015, s. 2). En kan konkludere at et ustabil langtidsblodsukker sannsynligvis forekommer som et resultat av insulinrestriksjon. Insulinrestriksjon kan forekomme siden pasienten ønsker å unngå å føle seg annerledes enn sine jevnaldrende, og som et resultat prøver å skjule deler av diabetesregimet (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2191). Pasienten kan føle på et større ansvar vedrørende diabetesregime, noe som kan resultere i at de ikke føler at de kan være like spontane som sine jevnaldrende (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2008). Det å skulle ta ansvar for egen sykdom i ungdomsårene kan komme i konflikt med ønske om å ikke skille seg ut (Haugstvedt, 2011, s. 287). Som en konsekvens av at ungdom med DMT1 kan føle på et misforhold blant sine jevnaldrende vil selvtilliten i stor grad påvirkes, og insulinrestriksjon kan forekomme. Forskjellige psykologiske intervensjoner som samtaleterapi, kan fremme endring hos pasientgruppen og redusere insulinrestriksjon (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 11). Schaefer & Kavookjian (2017, s. 2194) viser til at de fleste studiene i oversiktsartikkelen viste forbedret overholdelse av insulinbehandling, etter å ha fått motiverende samtale.

I artikkelen til Schaefer & Kavookjian var det inkludert tre kroniske sykdommer, der DMT1 var den vanligste kroniske sykdommen (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2190). I de tolv belyste artiklene fra Schaefer & Kavookjian (2017, s. 2192), var det varierende varighet av

behandling og ulike helseprofesjoner som gjennomførte motiverende intervju. Sykepleier ble beskrevet som den vanligste profesjonen (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2192). Artikkelen viste til at i syv av studiene som var inkludert, var motiverende intervju en komponent av annen behandling (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2192). Banting & Randle-Phillips viser til forskjeller i litteraturen, men at det forekommer økt bedring hos pasientgruppen hvis samtalerapi blir benyttet i kombinasjon med annen behandling (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 11). I motsetning til motiverende intervju som enkeltstående tiltak, presenterer Schaefer & Kavookjian (2017, s. 2192) at pasientene fikk annen behandling i tillegg. Pasientene fikk blant annet undervisning om sykdommen sin, problemløsning og kognitiv atferdsterapi (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2192). Ut i fra kombinasjonen kan det hevdes at motiverende intervju som enkeltstående tiltak, ikke har blitt belyst grundig nok i artikkelen til Schaefer & Kavookjian. Og det er dermed vanskelig å konkludere med at motiverende intervju, benyttet alene, har like gode resultater som kombinasjonen av motiverende intervju og andre tiltak. Imidlertid ble det i Schaefer & Kavookjian sin oversiktsartikkel benyttet tre poliostudier i henhold til DMT1, som kun viser til utprøving i liten skala. Det ble benyttet to randomiserte kontrollerte studier for å vurdere effekten av motiverende intervju. Alle de fem artiklene for DMT1 viste bedring av langtidsblodsukkeret, samt økt livskvalitet og trivsel som et resultat etter motiverende intervju (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2193). Stanger viser til liknende resultater, hvor pasientene fikk lavere langtidsblodsukker og økt livskvalitet i opptil 12 måneder etter bruk av motiverende intervju (Stanger et al, 2013, s. 630).

Ifølge Ivarsson er man motivert til å endre atferd når det føles viktig med endring, og når man samtidig tror at man klarer å gjennomføre endringen (Ivarsson, 2017, s. 34). Motiverende intervju bygger på det positive ungdommen har fått til eller gjør, fremfor å påpeke feil og mangler under den polikliniske konsultasjonen. Mangel på kunnskap fra pasientens side er ifølge Luke & Richards (2018) sjelden en utfordringen, siden de fleste pasienter vet hva de skal gjøre for å håndtere blodsukkeret (Luke & Richards, 2018, s. 89). Manipulering med insulin kan være et forsøk fra ungdommens side på å løse et eksistensielt spørsmål, er jeg bra nok? Et indre ønske om å passe inn er et naturlig behov, spesielt i ungdomsårene.

Ungdommen kan trekke konklusjonen om at høy vekt kan føre til at hun ikke passer inn i en sosiale sammenheng. Frykten for å ikke passe inn kan ha mye å si for den sosiale konteksten i ungdomsårene (Norges diabetesforbund, 2005, s. 14). Med dagens samfunn om krav til utseende og vekt, er dette kanskje ikke så rart. Kravene som blir stilt til ungdommen vedrørende diabetesregime kan oppleves som overveldende fra både sykepleier og foreldrenes

ønske om bedring av tilstanden (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2191). Det økte presset fra flere hold vil forsterke kravet om god opprettholdelse av diabetesregime, i en tid der selvstendighet råder sterkt. Schaefer & Kavookjian (2017) begrunner et økt press fra flere sider, kan resultere i at ungdommen trosser kravene (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2191).

Pasienten har ofte en lav til middels endringsberedskap (Prochaska, Di Clemente, & Norcross, 1992, s. 1103). For sykepleier blir det viktig å engasjere pasienten og fokusere på insulinrestriksjon og fremkalle endringssnakk. Sykepleier kan eksempelvis oppmuntre ungdommen til å ta små skritt der hun kan lykkes på kort tid (Luke & Richards, 2018, s. 90). Når pasienten har fattet en beslutning om endringer, er sykepleiers rolle å styrke pasienten i avgjørelsene (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2191). Sykepleier kan lykkes i å hjelpe pasienten med å sette opp en liste med positive og negative sider vedrørende insulinrestriksjon, der pasienten selv veier opp de positive og negative sidene (Luke & Richards, 2018, s. 90). Det er viktig å understreke at pasienten er den eneste som avgjør om det skjer endring under konsultasjonen (Schaefer & Kavookjian, 2017, s. 2191). Sykepleier må promotere endring ved å få pasienten til å kjenne på mestring (Luke & Richards, 2018, s. 90). Det kan gjøres ved å trekke frem det positive ungdommen har klart å gjennomføre, som å møte opp til poliklinisk konsultasjon. Under motiverende intervju kan sykepleier belyse ungdommens progresjon i behandlingen (Christie & Channon, 2014, s. 253). Luke & Richards viser til bruken av motiverende intervju ved lav til middels endringsberedskap, har vist positive resultater for DMT1 (Luke & Richards, 2018, s. 90). Stanger viser til liknende resultater, der det legges fokus på målrettede tiltak rettet mot egenomsorg og fremme endring (Stranger et al, 2013, s. 630).

5.2 Pasientens ambivalens og motivasjon for endring

Banting & Randle-Philips viser til at det forekommer en psykologisk kamp mellom de strenge kravene til optimal diabeteskontroll, versus pasientens subjektive opplevelse av å lykkes i hverdagen (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 2). McCarvill og Weaver (2014, s. 2006) viser til spesifikke aspekter ved diabetesregime som kostholdsrestriksjoner og vektøkning kan skape misnøye med egen kropp, og forsterke risikoen for å utvikle subklinisk spiseforstyrrelse. Aspektene ved diabetesregime fremhever hvordan DMT1 i stor grad påvirker ungdommens hverdag. Blant kvinner var spiseforstyrrelsens psykopatologi forbundet med kroppsmasseindeks, alder, insulinrestriksjon, mestring, sykdomsperspektiv og oppfatning av insulinproblemer (Wisting et al, 2015, s. 6). Ifølge Wisting er kvinner psykopatologisk sett

mer mottakelig for å utvikle en subklinisk spiseforstyrrelse relatert til kjønn og alder (Wisting et al, 2015, s. 8). Ut i fra dette resultatet kan det se ut til at alder og utvikling vil være av betydning for hvordan pasienten håndterer diabetesregime. Resultatet støttes i helsedirektoratets retningslinje der det understrekes at ungdommer med DMT1 har økt sårbarhet særlig i puberteten (Helsedirektoratet, 2017, s. 20). Med bakgrunn i resultatene kan det hevdes at unge, kvinnelige pasienter er særlig utsatt for kompleks rundt kropp og vekt. For sykepleier er det viktig å være bevisst på ungdommens sårbarhet og endringsberedskap, i møte med pasienten under en konsultasjon. Økt bevissthet blir viktig ettersom informasjon og undervisning må ta utgangspunkt i at pasienten er spesielt utsatt. Det er viktig å belage seg på at sykepleier ikke kan forhindre at kompleksene oppstår, men heller forberede seg på å møte problematikken, og håndtere kompleksene i samråd med pasienten (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009).

I norsk litteratur vises det at overopptatthet av kropp og vekt kan sees blant 14% av unge jenter med DMT1, dette er en betydelig større andel enn jevnaldrende uten DMT1 som ligger på 8% (Frostad, 2014, s. 660). På den ene siden vil vektøkning være en naturlig forandring hos pasienten i ungdomsårene. På den andre siden vil vektøkning forekomme som en konsekvens av insulinbehandling, noe pasienten kan oppleve som negativt (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2006). Misnøye med egen vekt kan resultere i eksperimentering med insulinrestriksjon, for ønskelig vektnedgang (Norges diabetesforbund, 2005, s. 13). Banting & Randle-Phillips viser at insulinrestriksjon forekommer blant 10,3% av kvinner med DMT1, og det forekommer hyppigst i ungdomsårene, estimert til ca. 13,3% (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 4). Økende forekomst av insulinrestriksjon kan trolig være et resultat av økt sårbarhet. McCarvill & Weaver viser til pasientens insulinrestriksjon opptrer med en høyere frekvens blant eldre ungdommer, enn yngre ungdommer (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2008). Denne tendensen til at problemet blir større med økende alder hos ungdommene understøttes av Borus & Laffel (2010, s. 407) som viser til økende forekomst av insulinrestriksjon, fra 15% ved midten av tenårene til 30% hos eldre ungdom. Økt forekomst hos eldre ungdommer muligens skyldes at eldre ungdommer har et større eierskap til diabetesregime og mindre tilsyn av foreldre, noe som gjør det enklere å skjule insulinrestriksjon (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2008). Sykepleier må være påpasselig med tanke på økt sårbarhet hos eldre ungdom. Sykepleier kan under konsultasjonen fokusere på åpenhet der sykepleier i samtalen legger fokuset på tillatelse til å undervise og informere (Christie & Channon, 2014, s. 254). Åpenhet og tillatelse vil bli gjort på bakgrunn av

pasientens lave endringsberedskap. Å be om tillatelse vil kunne bidra positivt for pasientens autonomiprinsipp og selvbestemmelse. Ungdommens selvbestemmelse under konsultasjonen er en viktig faktor for pasientens sårbarhet og utviklingsfase (Eide & Eide, 2016, s. 372).

Det foreligger uenigheter i litteraturen når det kommer til kliniske undersøkelser av pasientens vekt, slik som veiing. Det understrekes at veiing kan gjøre pasienten mer oppmerksom på egen vekt i større grad enn tidligere (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2016). Rutinemessig veiing kan oppleves som urimelig fokusering på vekt. Det kan tenkes at jevnlig veiing under konsultasjoner kan bidra til at pasienten utvikler et unødig anstrengt forhold til vekt (Norges diabetesforbund, 2005, s. 20). Wisting viser til tall der ungdom med DMT1 var i gjennomsnitt 7 kg tyngre enn jevnaldrende (Wisting et al, 2015, s. 2). Ut i fra Wistings resultater kan det hevdes at økt vekt blant pasientgruppen kan forsterke misnøye med egen kropp og veiing. Det anbefales at sykepleier utfører veiing kun om det er klar medisinsk indikasjon for det (Norges diabetesforbund, 2005, s. 20-21). En tilnærming til veiing kan være at pasienten veier seg i sykepleiers påsyn, men ikke ønsker å se tallene på vekta. På den ene siden er det viktig å starte med veiingen før det blir et stort problem, og som en del av den polikliniske konsultasjonen. Veiing er et godt hjelpemiddel når det forekommer mistanke om vekttap og insulinrestriksjon. På den andre siden vet sykepleier at rutinemessig veiing kan resultere i økt fokus på vekt (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2016). Det forekommer vage beskrivelser i litteraturen i forhold til hva som er klar medisinsk indikasjon for veiing (Norges diabetesforbund, 2005, s. 20-21). Ut i fra denne situasjonen er det viktig for sykepleier å benytte seg av faglig skjønn, med fokus på den enkelte ungdommen under konsultasjonen.

Vektøkningen oppleves som truende, og fristelsen til å underdosere insulin kan bli sterk (Norges diabetesforbund, 2005, s. 13). Den positive opplevelsen av vektnedgang pasienten opplever på kort sikt, kan derimot resultere i betydelige diabeteskomplikasjoner på lang sikt (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 4). Det rapporteres at ungdommer som benytter seg av insulinrestriksjon har større sannsynlighet å få senkomplikasjoner i tidligere alder, enn pasienter som har kontroll på diabetesregime (Norges diabetesforbund, 2005, s. 12). På den ene siden kan det virke som pasienten er innforstått med diabeteskomplikasjonene, og konsekvensene av insulinrestriksjon. På den andre siden kan det oppleves som at pasienten ikke lar diabeteskomplikasjonene påvirke de dagligdagse avgjørelsene, og en konsekvens er at pasienten fortsetter med insulinrestriksjon. Sykepleier må være klar over konsekvensene av insulinrestriksjon på kort og lang sikt, med grunnlag i konsekvensetikken (som nevnt i

kapittel 2.7.1). Sykepleier må informere ungdommen, og legge fokus på konsekvensene av insulinrestriksjon under konsultasjonen. Det er for utenom dette viktig å bemerke at motivasjon for endring må i hovedsak komme fra pasienten selv, ikke et økt press fra sykepleier om endring (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 14).

5.2.1 Tidlig intervensjon

Mye tilsier at pasienten ikke ønsker å endre atferd, ettersom pasienten opplever en positiv effekt i form av vektnedgang. Pasienten kan oppleve at situasjonen fungerer «her og nå», og tanken på diabeteskomplikasjonene er langt borte (Alvik Torgauten, 2011, s. 193). Ved hjelp av den transteoretiske modellen kan sykepleier resonnere med at pasienten har lav til middels endringsberedskap som nevnt i 5.1, og er i en vekslende fase mellom den prekontemplatoriske fasen og den kontemplatoriske fasen (Prochaska et al, 1992, s. 1106). Under samtale med pasienten kan ungdommen være klar over at insulinrestriksjon er et reelt problem, men er ambivalent vedrørende endring siden hun opplever vektnedgangen som positiv (Alvik Torgauten, 2011, s. 193). Det er viktig at sykepleier utforsker eventuelle barrierer pasienten har angående måloppnåelse, og om det finnes eventuelle motivasjonskonflikter for å veilede pasienten til å fremme god egenomsorg. På den ene siden kan insulinrestriksjon oppleves som en form for kontroll over eget liv med utløp i vektreduksjon, der pasienten opplever situasjonen som håndterbar (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2007). På den andre siden kan det argumenteres for at pasienten har en «her og nå» tenkning, og i mindre grad bryr seg om diabeteskomplikasjonene. En konsekvens av en slik tankegang vil være dårligere diabeteskontroll, derav dårligere kontroll over eget liv (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 4). Ifølge Wisting vil pasientens sykdomsoppfattelse være forbundet med høyre endringsberedskap, noe som understreker betydningen av informasjon om DMT1 og subklinisk spiseforstyrrelse (Wisting et al, 2015, s. 7). Pasienten har behov for innsikt i egen sykdom og et kontinuerlig tilbud om veiledning fra sykepleier (Karlsen, 2013, s. 216). Sykepleier er lovpålagt til å gi veiledning og informasjon som nevnt i kapittel 2.7.2. Dette belyser viktigheten av sykepleiers undervisende tilnærming under en poliklinisk konsultasjon. Wisting viser til økt kunnskap om risikofaktorene for utvikling av subklinisk spiseforstyrrelse i kombinasjon med DMT1, vil ha en forebyggende og behandlingsmessig effekt hos pasientgruppen (Wisting et al, 2015, s. 8).

Det forekommer uenigheter ved effektiviteten av dagens tiltak for pasientgruppen (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 15). Banting & Randle-Phillips indikerer et høyere oppmøte i

behandlingen, når sykepleier imøtekommer pasientens behov på en bevisst måte (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 14). Hvis sykepleier derimot ikke imøtekommer pasientens behov på en bevisst måte, forekommer det et høyt frafall (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 15). Det høye frafallet kan ifølge Banting & Randle-Phillips (2018, s. 15) være forårsaket av pasientens opplevelse av økt press. Sykepleier må ha økt bevissthet rundt pasientens behov, fremfor en rutinemessig poliklinisk konsultasjon. Kommunikasjon under konsultasjonen er målrettet. På den ene siden benytter sykepleier seg av kommunikasjonsferdigheter for å bygge på en relasjon, med fokus på pasientens opplevelse av situasjonen (Karlsen, 2013, s. 222). På den andre siden er formålet med kommunikasjonen å få og gi mest mulig informasjon for å gjøre en effektiv jobb (Karlsen, 2013, s. 222). Ifølge Luke & Richards (2018, s. 90) kan sykepleiere lett bruke begreper som ofte kan oppfattes som negative ladde termer, som «dårlig overholdelse av insulinbehandling». Slike utsagn er gjerne sagt i beste mening, men kan bli feiltolket. Sykepleier kan bruke ord og uttrykk som ikke pasienten forstår. Negative begreper og utsagn bidrar ikke positivt for relasjonen, og er heller ikke med på å fremme endring (Luke & Richards, 2018, s. 90). Om pasienten føler på et maktforhold der sykepleieren snakker over hodet på pasienten under konsultasjonen, kan det resultere i dårligere oppmøte. Ifølge Borus & Laffel (2010 s. 408) understrekes det at det forekommer størst risiko for diabeteskomplikasjoner blant pasienter som ikke kommer til oppfølging på poliklinikk. En god relasjon gjennom samtale på et plan pasienten forstår og føler seg komfortabel i, er nødvendig for forebygging og undervisning av tilstanden. Basert på resultatene til Wisting kan det å redusere negative holdninger pasienten har knyttet til DMT1 og insulinbehandling via informasjon, gi en positiv innvirkning på subklinisk spiseforstyrrelse (Wisting et al, 2015, s. 8).

5.3 Sykepleierens rolle i møte med pasienten

McCarvill & Weaver (2014) tar for seg sykepleiers rolle vedrørende pasientgruppen i en primærhelsestilling. Resultatene vil likevel være relevant i en poliklinisk kontekst. Artikkelen konkretiserer sykepleiers rolle og tiltak på et generelt plan som ansees som overførbar til en poliklinisk konsultasjon. Sykepleier kan implementere helsefremmende og forebyggende tiltak i samarbeid med pasienten på poliklinikk, ved å benytte seg av evindesbasert og holistisk tilnærming der pasienten som en helhet, se kapittel 2.4, blir lagt i fokus (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009). Det er viktig at sykepleier ser pasienten bak tilstanden, og kan yte sykepleie deretter. Kommunikasjonen er viktig for behandlingens etterlevelse og helsegevinster (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009). Emosjonell støtte og psykoterapeutisk

innspill anbefales sterkt, da litteraturen viser at fokus på ernæringsstatus som eneste del av behandlingen har vist liten effekt (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 3). Ifølge Banting & Randle-Phillips forekommer derimot motstridende råd fra forskjellig helsepersonell med tanke på ernæring. Ungdom kan få råd fra helsepersonell om å innarbeide alle matvarer i kostholdet, mens diabetesteamet kan være oppmuntrende til å unngå visse matvarer. Dette skaper unødig forvirring (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 14). Sykepleier må ha kjennskap til at kostholdsrestriksjoner i seg selv, kan sette ungdommen i fare for å utvikle en subklinisk spiseforstyrrelse (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 14). Sykepleier kan derfor unngå å ta opp kostholdsrestriksjoner under konsultasjonen, med mindre pasienten selv tar opp dette.

På den ene siden blir sykepleierens tilstedeværelse fremstilt som en grunnpilar under konsultasjonen, der emosjonell støtte står sentralt (Norges diabetesforbund, 2005, s. 14). På den andre siden kan sykepleieren lett bli oppfattet som dømmende ettersom sykepleier ikke aksepterer ungdommens ønske om vektnedgang. Sykepleier ønsker vektøkning for å fremme bedring av tilstanden (Norges diabetesforbund, 2005, s. 14). Her må sykepleier møte pasienten med respekt, verdighet og forståelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleier kan oppdage at pasienten underdoserer insulin ved flere anledninger. Lettest er det å ta en blodprøve som viser langtidsblodsukkeret (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009). På den ene siden viser McCarvill & Weaver (2014, s. 2011) til hodepine, tørr hud, magesmerter, stress, dehydrering, og vekttap som noen av funnene sykepleier kan observere, knyttet til insulinrestriksjon. Dette er imidlertid vage symptomer og kan lett forveksles med andre tilstander, eller bli oversett under en konsultasjon. På den andre siden kan imidlertid de fysiske tegnene pasienten fremstiller nødvendigvis ikke være relatert til insulinrestriksjon, men heller naturlige endringer i ungdomsårene (Wisting et al, 2015, s. 2). Endringene er likevel situasjonsbetinget og må sees i sammenheng med pasientens helhetlige situasjon, og sykehistorie. Sykepleieren er ifølge McCarvill & Weaver i bedre stand til å oppdage subklinisk spiseforstyrrelse ved å vise en ikke-dømmende holdning når man spør pasienten diabetesrelaterte spørsmål (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2012).

Standardiserte kartleggingsskjemaer for subklinisk spiseforstyrrelse fokuserer på elementer som overopptatthet av kosthold, matrestriksjoner eller bekymring rundt vekt. Det er viktig å bemerke at slike kartleggingsskjemaer ikke kan benyttes hos denne pasientgruppen (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009). For ungdommer med DMT1 er slike elementer

hverdagslige aspekter ved diabetesregime. Skjemaene tar ikke høyde for pasienter med DMT1, og da heller ikke insulinrestriksjon (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2009). Wisting viser til forskjellige kartleggingsskjemaer designet for ungdommer med DMT1 og subklinisk spiseforstyrrelse (Wisting et al, 2015, s. 3-4). Derimot er kartleggingsskjemaene kun en veileder for å kartlegge tilstanden, og er ingen form for behandling. Skjemaene kartlegger kun tilstanden på et generelt plan, sykepleier kan utdype ved å stille direkte spørsmål angående vektproblematikk, slanking, insulinrestriksjon, samt hyppigheten av følinger (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2010). Det er viktig å stille direkte spørsmål under konsultasjonen ettersom ungdommen ofte velger å ikke fortelle om insulinrestriksjon (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2010). Åpne spørsmål kan være en dør for pasienten til å fortelle om sin subjektive opplevelse av situasjonen på egne premisser. På den ene siden vil åpne spørsmål bli benyttet for at pasienten skal fortelle om situasjonen, og da forutsettes det pasienten har tiltro til sykepleier. For at sykepleier skal kunne stille slike spørsmål og forvente ærlige svar, bør det være en samhandling som er basert på tillit. På den andre siden har sykepleier en tidsramme å forholde seg til under en konsultasjon, noe som kan bidra til at samtalen blir kortfattet. Sykepleier kan på begynnelsen av konsultasjonen fortelle om timens agenda, der sykepleier setter av tid for å snakke om ungdommens situasjon (Christie & Channon, 2014, s. 254).

I løpet av en poliklinisk konsultasjon som en del av agendaen, bør sykepleier ta opp tema rundt forhold til kropp, vekt og selvbilde (Norges diabetesforbund, 2005, s. 23). Sykepleiers undervisende funksjon kommer til uttrykk under motiverende intervju. Banting & Randle-Phillips viser til studier der ungdom med DMT1 har rapportert dårligere psykisk helse enn jevnaldrende direkte knyttet til DMT1 (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 2). Sykepleier kan i den forbindelse stille spørsmål som handler om anstrengt forhold til mat, og om pasienten noen gang opplever dette. Om pasienten anerkjenner at hun har kjent på et anstrengt forhold til mat, kan sykepleier speile pasienten for å understreke at sykepleier har hørt og oppfattet hva pasienten sa (Ivarsson, 2017, s. 21). Sykepleier kan belyse tematikken nærmere med å spørre om hvilket forhold pasienten har til egen kropp, og om vekten gjenspeiler hvordan pasienten ser seg selv (Norges diabetesforbund, 2005, s. 23). Ifølge Banting & Randle-Phillips (2018, s. 14) har ungdommer med DMT1 og subklinisk spiseforstyrrelse lavere motivasjon til endring. Lav motivasjon kan trolig knyttes til høy frustrasjon ettersom pasienten kan kjenne på at det stilles høye krav fra forskjellige sider, som pasienten opplever at hun ikke mestrer (Banting & Randle-Phillips, 2018, s. 14). I den forbindelse kan bekreftelse bli benyttet for å belyse pasientens egenskaper og styrker, for å fokusere på mestring

(Ivarsson, 2017, s. 23). Ifølge Ivarsson er betydningen av bekreftelse en av de viktigste komponentene i motiverende intervju for å motivere til endring (Ivarsson, 2017, s. 23). Ved hjelp av kommunikasjonsferdighetene kan sykepleier avdekke i hvor stor grad pasienten er påvirket av subklinisk spiseforstyrrelse (Christie & Channon, 2014, s. 254). Avslutningsvis kan sykepleier benytte seg av oppsummering der hovedpoengene oppsummeres av hva pasienten har sagt og sykepleierens forståelse av situasjonen (Ivarsson, 2017, s. 22). Det rapporteres at pasienter som er villig til å jobbe med sykepleieren for å fremme endring, føler seg mer optimistiske til å håndtere DMT1 (McCarvill & Weaver, 2014, s. 2012). Resultatet understreker viktigheten av åpenhet mellom sykepleier og pasient, ved bruken av motiverende intervju.

6 Avslutning

Denne oppgaven har hatt til hensikt å besvare problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier ved hjelp av motiverende intervju (MI), fremme endring hos pasienter som bevisst underdoserer insulin?*». Sykepleiere må inneha kunnskap om risikoen for å utvikle subklinisk spiseforstyrrelse hos pasienter med DMT1, særlig blant unge kvinner. Behandlingen av pasientgruppen er i stadig utvikling, og med nye forslag til tiltak. Basert på overforstående drøfting kan motiverende intervju fremme endring hos ungdommen som en del av sykepleiers undervisende funksjon. Selv om betydelig forskning fortsatt må gjennomføres på dette området, viser nyere forskning at motiverende intervju har potensialet til å fremme endring. Sykepleier kan fremme endring ved å få ungdommen til å kjenne på mestring under konsultasjonen. Det er viktig å understreke at ungdommen er den eneste som er avgjørende for om det skjer endring. Tre av fire artikler i artikkelmarisen viser mangler i litteraturen om insulinrestriksjon. Det bør gjøres ytterligere forskning på tematikken for å konkretisere gode tiltak med dokumentert effekt. Forskningsfeltet bør komme til enighet i henhold til hvordan tilstanden skal kartlegges og behandles. Det er viktig at sykepleier ser pasienten bak tilstanden og kan yte sykepleie deretter, for å fremme endring ved hjelp av målrettede tiltak som motiverende intervju. Sykepleiers undervisende og forebyggende funksjon hos ungdommen under en poliklinisk konsultasjon, er av betydning for å fremme endring og bedre tilstanden.

Referanseliste

- Alvik Torgauten, J. O. (2011). Psykisk helse og type 1-diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 186-202) Oslo: Akribe.
- Banting, R. & Randel-Philips, C. (2018). A systematic review of psychological interventions for comorbid type 1 diabetes mellitus and eating disorders. *Diabetes Management*, 8(1), 1-18. <https://www.openaccessjournals.com/articles/a-systematic-review-of-psychological-interventions-for-comorbid-type-1-diabetes-mellitus-and-eating-disorders.pdf>
- Borus J. S. & Laffel L. (2010). Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(4), 405–411. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833a46a7>
- Braut, G. S. (2018). Poliklinikk. Hentet fra: <https://sml.snl.no/poliklinikk>
- Brunvand, L. (2016). Pediatri. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 529-539). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christie, D., & Channon, S. (2014). Using motivational interviewing to engage adolescents and young adults with diabetes. *Practical Diabetes*, 31(6), 252–256. <https://doi.org/10.1002/pdi.1878>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Diabetesforbundet. (Publisert 2015, oppdatert 2019). Lavt blodsukker – føling (hypoglykemi) ved diabetes. Hentet fra <https://www.diabetes.no/leksikon/l/lavt-blodsukker-foling-hypoglykemi/>
- Eide, H & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Frostad, S. (2014). Spiseforstyrrelser ved diabetes. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom – symptomer, diagnostikk og behandling* (1. utgave, s. 659-673). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Graue, M & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld & M. Graue (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 237-

- 253) Oslo: Akribe.
- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 269-315) Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsetilbud til ungdom og unge voksne* (IS-2044). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/210/Helsetilbud-til-ungdom-og-unge-voksne-IS-2044.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes* (IS-2685). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spiseforstyrrelser.pdf>
- Helsedirektoratet. (oppdatert 07.03.2017). Motiverende intervju som metode. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#teorigrunnlag-bak-mi>
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI – motiverende samtaler; en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Iversen, M. M. & Skafjeld, A. (2011). Organisering av helsetjenesten og tverrfaglig samarbeid. I A. Skafjeld & M. Graue (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 254-266) Oslo: Akribe.
- Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 387-399). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jenssen, T. (2015). Diabetes mellitus. I T.-A. Hagve (Red.) *Undersøkelser ved sykdom* (s. 227- 231). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkelen til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 186-202) Oslo: Akribe.
- Kunnskapssenteret. (2015) *Behandling av personer som både har spiseforstyrrelse og diabetes*. (Nr 18 – 2015). Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rapport_2015_18_spi-seforstyrrelse-og-diabetes.pdf
- Luke, S. L., & Richards, L. (2018). *Motivational Interviewing: A Tool to Open Dialogue*

- With Teens With Type 1 Diabetes Mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 89–91.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.014>
- McCarvill, R., & Weaver, K. (2012). Primary care of female adolescents with type 1 diabetes mellitus and disordered eating. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 2005–2018.
<https://doi.org/10.1111/jan.12384>
- Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld & M. Graue (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 101-122) Oslo: Akribe.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie: 1* (5.utgave, bind 1, s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norges Diabetesforbund (2005). *Spiseforstyrrelser ved diabetes – forekomst, diagnostikk og behandling*. Oslo: Norges diabetesforbund. Hentet fra: <http://nsfsf.no/wp-content/uploads/2015/12/Spiseforst.v.diabetes.L3.pdf>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2017). Om sykepleie. hentet fra <https://www.nsf.no/om-sykepleie/artikkelliste/1212765>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§4
- Pinhas-Hamiel, O., Hamiel, U. & Levy-Shraga, Y. (2015). Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes: Challenges in diagnosis and treatment. *World Journal of Diabetes*, 6(3), 517-526. <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i3.517>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska J. O., DiClemente C. C., & Norcross J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologists*, 47(9), 1102-1114.
<http://doi.org/10.3109/10884609309149692>
- Rokne, B. (2011). Livskvalitet ved kronisk sykdom. I A. Skafjeld & M. Graue (red.),

- Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 161-171) Oslo: Akribe.
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (1. utgave, s. 19- 73) Oslo: Akribe.
- Schaefer, M. R. & Kavookjian, J. (2017). The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: A systematic review. *Patient Education & Counseling*, 100(12), 2190–2199.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.037>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänick, E. (2016). *Psykiatriboken* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Konsekvensetikk. I B.-S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 67-78). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stanger, C., Ryan, S. R., Delhey, L. M., Thrailkill, K., Li, Z., Li, Z., & Budney, A. J. (2013). A multicomponent motivational intervention to improve adherence among adolescents with poorly controlled type 1 diabetes: a pilot study. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(6), 629–637. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst032>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.