



”Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2 ved hjelp av motiverende intervju for å forebygge senkomplikasjoner?”

Kandidatnummer: 630
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: (9885)
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.19
<p><u>Tittel</u> Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2 ved hjelp av motiverende intervju for å forebygge senkomplikasjoner?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2 ved hjelp av motiverende intervju for å forebygge senkomplikasjoner?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Problemstillingen belyses gjennom å forklare hva diabetes mellitus type 2 er, forekomst, senkomplikasjoner, og hvordan diabetes type 2 kan behandles og senkomplikasjoner forebygges. Forebyggingen og behandlingen vektlegger livsstilsendring med hovedfokus på kosthold og fysisk aktivitet. Sykepleierens forebyggende funksjon og hjemmesykepleien er også inkludert. Motiverende intervju blir presentert sammen med endringsprosessen. Avslutningsvis presenteres etiske- og juridiske aspekter.</p> <p><u>Metode</u> Denne litteraturstudien baseres på selvvalgt pensumlitteratur fra LDH sitt skolebibliotek, samt fag- og forskningsartikler. Litteraturen belyser problemstillingen, og danner utgangspunkt for videre drøfting. Til sammen har jeg anvendt seks ulike forskningsartikler som ble funnet ved søk i Cinahl og PubMed.</p> <p><u>Drøfting</u> Artikler og relevant teori blir trukket inn for å belyse ulike sider av problemstillingen. Samtaleteknikk, strategier og holdninger fra motiverende intervju blir anvendt for å motivere pasienten til livsstilsendring for å forebygge senkomplikasjoner. Motiverende intervju drøftes i lys av de ulike endringsstadiene. Samtalemotoden viser seg å være mest effektivt når det tilpasses pasientens nåværende ståsted og kunnskapsnivå. Etsiske og juridiske aspekter vil også inkluderes. Til slutt drøftes effekten av motiverende intervju.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det forebyggende aspektet rettes mot opplæring, kunnskap, motivasjon og en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Forskning viser at pasienter ofte lar seg motivere av de ikke-dømmende holdningene i motiverende intervju. Sykepleieren må veilede, gi tilpasset informasjon, og bygge en god relasjon basert på empati, respekt, aksept og samarbeid.</p>	

(Totalt antall ord: 272)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Oppgavens disposisjon	4
2.0 Teoretisk og empirisk kunnskap	5
2.1 Diabetes mellitus type 2.....	5
2.2 Forekomst av diabetes type 2	5
2.3 Senkomplikasjoner	6
2.4 Behandling av diabetes type 2 og forebygging av senkomplikasjoner	7
2.4.1 Sykepleierens forebyggende funksjon	7
2.4.2 Livsstilsendring	8
2.4.3 Fysisk aktivitet	8
2.4.4 Kosthold	8
2.4.5 Hjemmesykepleien	9
2.5 Motivasjon	9
2.6 Motiverende Intervju (MI)	10
2.6.1 MI - holdninger	10
2.6.2 Samtaleteknikk i MI	11
2.6.3 MI – strategier	11
2.6.4 Endring som prosess.....	12
2.7 Ethiske og juridiske aspekter	14
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Søkeord, antall treff, kriterier for utvelgelse	15
3.3 Litteratur og kildekritikk	16
4.0 Presentasjon av forskningsartikler	18
5.0 Drøfting	20
5.1 Motiverende intervju i endringsprosessen	20
5.1.2 Overveielsesfasen	22
5.1.3 Forberedelsesfasen	23
5.1.4 Handlingsfasen	25
5.1.5 Vedlikeholdsfasen	26
5.2 Effekt av motiverende intervju.....	27
6.0 Avslutning	30
Referanseliste	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I «Nasjonal Diabetesplan 2017-2021» fremkommer det at diabetes er en av de hyppigst forekommende folkesykdommene i Norge, og det totale antallet diabetespasienter er økende. Det finnes ikke landsdekkende undersøkelser som viser hvor mange som er diagnostisert eller har oppdaget diabetes. Det går likevel an å anslå noen tall. Gjennom å kombinere data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsø, Reseptregisteret og andre undersøkelser ble det i Folkehelse rapporten fra 2017 anslått at omtrent 250 000 personer hadde diabetes i Norge. Dette tilsvarer 1 av 20 nordmenn, hvor 260 000 (88pst.) var diagnostisert med diabetes type 2 og 28 000 diabetes type 1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 5).

En av de viktigste oppgavene til Helse- og Omsorgsdepartementet er å forebygge at diabetes og senkomplikasjoner oppstår. Senkomplikasjoner som følge av diabetes kan føre til synstap, blindhet og amputasjon. Diabetesplanen (2017-2021) utdyper at det i 2016 var 2,3 amputasjoner per 1000 diabetespasienter. Dette kan forebygges gjennom tidlig behandling. For å redusere forekomsten av senkomplikasjoner må det gjøres forebyggende tiltak rettet mot de påvirkbare risikofaktorene ved diabetes type 2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7).

Forebyggende tiltak i diabetesbehandlingen innebærer å ta helsefremmende livsstilvalg, noe som viser seg å være en utfordring for mange med diabetes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 8). Det finnes ingen medisin som kan få noen til å endre livsstil, det må gjøres av egen vilje. Kunnskap om diabetes er viktig, men ikke tilstrekkelig for å opprettholde en varig livsstilsendring. Pasienten må være motivert, se hensikten med å foreta endring og gjøre jobben selv. Utfordringen er at livsstilsendring er en tidkrevende prosess, og motivasjonen til endring vil variere. En forutsetning for å lykkes er at pasienten trives med endringene som blir gjort. Kunnskap og støtte fra sykepleier og familie er ikke nok til å opprettholde motivasjonen over tid (Diabetesforbundet, 2018, s. 15). Sykepleieren må hjelpe pasienten til å finne indre motivasjon. Motiverende intervju et hjelpemiddel sykepleieren kan anvende for å hente fram

pasientens indre motivasjon ved hjelp av samtale. Metoden benyttes ofte i profesjonelle samtaler, og viser seg å være særlig virksom i arbeidet med livsstilsendring (Barth, 2014).

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan motiverende intervju kan brukes som et hjelpemiddel for å bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2. Målet er at jeg skal øke kunnskapsnivået mitt knyttet til diabetes og forebyggende behandling. Dette er viktig fordi jeg vil møte denne pasientgruppen ofte gjennom yrkeskarrieren min. Gjennom å øke kunnskapsnivået mitt, kan jeg anvende kunnskapen i praksis og bidra til å forebygge senkomplikasjoner av diabetes type 2.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2 ved hjelp av motiverende intervju for å forebygge senkomplikasjoner?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Diabetes mellitus type 2 (forkortes diabetes type 2) kan ramme alle aldersgrupper, men forekomsten er vanligst over 40 år, og øker sterkt med alderen (Jensen, 2016, s. 393). Temaet i oppgaven avgrenses til voksne i alderen 40 – 65 år i hjemmesykepleien som er nydiagnostisert med diabetes type 2. Det er ikke reelt at pasienter i denne aldersgruppen bare mottar hjemmesykepleie knyttet til nyoppdaget diabetes type 2. Likevel valgte jeg hjemmesykepleien som kontekst fordi dette er en arena man ofte kan møte denne pasientgruppen. Jeg vil ta utgangspunkt i at pasienten får hjemmesykepleie relatert til et annet problem, som ikke vil ha betydning for diabetesen. Sykepleieren benytter samtidig anledningen til å samtale med pasienten om livsstilsendring og senkomplikasjoner. Tilleggsproblemet vil ikke utdypes i oppgaven.

Oppgaven fokuserer på å forebygge senkomplikasjoner av diabetes type 2 gjennom omlegging av livsstil, med hovedvekt på kosthold og fysisk aktivitet. Sykdommen har en sterkt arvelig komponent, men gjennom fysisk aktivitet og et sunt kosthold kan sykdomsutvikling og senkomplikasjoner forebygges. For mange diabetespasienter er livsstilsendring like virksomt som medikamentell behandling på blodsukkerreguleringen, men uten bivirkninger (Jensen, 2016, s. 394). Farmakologisk behandling ekskluderes fordi oppgaven rettes mot forebyggende tiltak gjennom livsstilsendring. Pasienter med diabetes er

utsatt for tilleggslidelser som angst, spiseforstyrrelser og depresjon. Dette vil ikke utdypes, men nevnes som risikofaktorer ved sykdommen (Diabetesforbundet, 2018, s. 10).

Det finnes flere typer diabetes, og hovedtypene er diabetes type 1 og diabetes type 2 (Helsebiblioteket, 2018). Andre eksempler er svangerskapsdiabetes, LADA-diabetes og MODY-diabetes (Jensen, 2016 s. 397-398). Som følge av begrenset omfang går jeg ikke i dybden på ulike diabetestyper, men fokuserer på diabetes mellitus type 2. Pårørende er viktige støttespillere for pasienten, men vil ikke utdypes i oppgaven. Problemstillingen sentreres mot forebygging, noe som leder oss bort fra diabetes type 1, siden dette er en sykdom som ikke kan forebygges (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7).

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleieren gjennom Motiverende Intervju kan fremme motivasjon til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 i hjemmesykepleien. I oppgaven omtales personen med diabetes type 2 som «pasient.» Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) omfatter begrepet «pasient» en person som mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten. Helsehjelpen inkluderer både forebygging og behandling i primærhelsetjenesten, og er derfor gjeldende i denne sammenhengen. Sykepleieren omtales som «hun» og brukeren som «han». Forkortelsen MI vil benyttes om Motiverende Intervju.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av 6 hovedkapitler.

I kapittel 2.0 presenteres teoretisk og empirisk kunnskap. Først presenteres teori knyttet til hva diabetes type 2 er, forekomst, senkomplikasjoner og forebygging av senkomplikasjoner og sykdomsforverring. Videre presenteres sykepleierens forebyggende funksjon, hjemmesykepleien, Motiverende Intervju og endringsmodellen. Tilslutt presenteres etiske og juridiske aspekter.

Kapittel 3.0 presenterer oppgavens metodedel. Her presenteres først bakgrunn for metodevalg og metode, etterfulgt av en beskrivelse av søkeord, antall treff og kriterier for utvelgelse. Tilslutt presenteres kildekritikk.

Oppgavens kapittel 4.0 presenterer funn fra forskningsartiklene som er relevante for å besvare problemstillingen. Artiklene presenteres i egne artikkelmatriser.

Kapittel 5.0 er drøftedelen hvor resultater fra forskning og teori drøftes i lys av relevant litteratur. Denne delen fremstiller hvordan sykepleieren kan anvende motiverende intervju til å veilede pasienten gjennom endringsstadiene ved hjelp av MI. Tilslutt drøftes effekten av MI.

Kapittel 6.0 er avslutningen hvor de viktigste punktene fra oppgaven trekkes fram for å besvare problemstillingen om hvordan sykepleieren kan bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2 ved hjelp av motiverende intervju for å forebygge senkomplikasjoner.

2.0 Teoretisk og empirisk kunnskap

2.1 Diabetes mellitus type 2

Diabetes type 2 er en kronisk stoffskiftesykdom som krever behandling eller forebyggende tiltak for å redusere risikoen for senkomplikasjoner (Møinichen, 2014, s. 31). Diabetes type 2 knyttes til livsstilen, og kalles «en livsstilssykdom.» Sykdommen skyldes høy blodglukose fordi kroppens celler produserer for lite insulin, eller at insulinet ikke fungerer optimalt (insulinresistens). Dette kan være et resultat av overvekt- og fedme, fysisk inaktivitet og et dårlig kosthold (Helsebiblioteket, 2018). Insulin er nødvendig for å transportere glukose fra blodbanen og over i cellene. Når kroppen ikke produserer nok insulin blir glukosen værende i blodet, og resultatet blir høy blodglukose (Sortland, 2015, s. 200).

Arv, overvekt og alder over 40 øker faren for sykdomsdebut. Symptomene kan komme snikende over lang tid, og mange kan gå 10-12 år før diagnosen stilles. Det er ikke uvanlig at sykdommen oppdages som et resultat av senkomplikasjoner, slik som fotsår (Jensen, 2016 s. 393). Noen symptomer er redusert allmenntilstand, hyppig vannlating og ufrivillig vekttap (Møinichen, 2014, s. 31). I dag foretrekkes HbA1c (langtidsblodsukkeret) for å stille diabetesdiagnosen. En verdi høyere enn 48mmol/mol indikerer at pasienten har diabetes. Diagnosen stilles også på bakgrunn av symptomer, eller en tilfeldig målt glukoseverdi på 11,1 mmol/L eller høyere (Helsedirektoratet, 2016, s. 4).

2.2 Forekomst av diabetes type 2

Som nevnt innledningsvis er diabetes blant de hyppigst forekommende folkesykdommene i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet anslår at 1 av 20 nordmenn er diagnostisert med diabetes. Dette tilsvarer omtrent 245 000 mennesker, hvor 28 000 regnes å ha diabetes type 1 og 260 000 (88pst.) diabetes type 2. Det viser seg at antallet med nyoppdaget diabetes type 2 ikke lenger er økende, men pasienter lever lenger med sykdommen. Dette øker viktigheten av kunnskap om forebygging av senkomplikasjoner og levere regler for å oppnå god livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 4-9).

2.3 Senkomplikasjoner

Høy blodglukose er en viktig risikofaktor for senkomplikasjoner. Diabeteskomplikasjoner inndeles i *mikrovaskulære- og makrovaskulære* senkomplikasjoner. Mikrovaskulære komplikasjoner skyldes forandring i små kar som øyne (retinopati), nyre (nefropati) og nerver (nevropati) (Jensen, 2016, s. 396). Diabetisk retinopati er en alvorlig øyeskade som kan føre til redusert syn og blindhet. Langvarig sykdomsforløp og dårlig blodsukkerkontroll øker risikoen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). Nefropati er en annen komplikasjon som kan gi nyresvikt, og nødvendiggjøre ukentlige dialyser eller nyretransplantasjon (Diabetesforbundet, 2015). Videre kan diabetes medføre nevropati som øker faren for fotsår. Dette er et resultat av nedsatt følelse og blodsirkulasjon, og kan medføre amputasjon. Forebyggende tiltak og behandling er nødvendig for å unngå dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7).

Makrovaskulære komplikasjoner knyttes til hjertet (koronar iskemisk hjertesykdom), hjernen (TIA eller hjerneslag) eller beina (sirkulasjonssvikt i fot og legg). Komplikasjonene skyldes arteriosklerose i arteriene (Jensen, 2016, s. 396-397). Det viser seg at to av tre diabetespasienter har minimum én senkomplikasjon, og hjertesykdom er ikke uvanlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). I tillegg til somatiske komplikasjoner er diabetespasienter også utsatt for psykiske tilleggslidelser som angst, spiseforstyrrelser og depresjon (Diabetesforbundet, 2018, s. 10).

2.4 Behandling av diabetes type 2 og forebygging av senkomplikasjoner

De fire hjørnesteinene i diabetesbehandlingen er motivasjon/kunnskap, kosthold, fysisk aktivitet og medisiner (Diabetesforbundet, u.å.). Forebygging og behandling innebærer prinsipielt de samme tiltakene (Jensen, 2016, s. 394). Det viktigste er å oppdage pasienter med risikofaktorer, slik at tiltak kan iverksettes tidlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 4). Noen risikofaktorer er overvekt- og fedme, hypertensjon, arv, tobakksbruk, langvarig hyperglykemi og et høyt nivå av ugunstige fettstoffer (triglyserider og kolesterol) i blodet. Flere risikofaktorer øker faren ytterligere (Sakariassen & Barhaughøgda, 2014, s. 42-43). Arv er ikke en påvirkbar faktor, og arv alene medfører ikke diabetes. Det forebyggende aspektet rettes primært mot livsstilsrelaterte faktorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 6). Et hovedmål i diabetesbehandlingen er å stabilisere og senke blodsukkeret, bidra til god livskvalitet og hindre utvikling av senkomplikasjoner (Helsedirektoratet, 2016, s. 12). De første månedene og årene er det ofte tilstrekkelig med livsstilsendring med et sunt kosthold, mer mosjon og vektreduksjon. Medisinering kan bli aktuelt i senere stadier (Jensen, 2016, s. 394).

2.4.1 Sykepleierens forebyggende funksjon

Forebygging innebærer å oppdage både potensielle og nåværende problemer. Sykepleieren skal fremme helse, bidra til velvære og god livskvalitet. Tiltak må iverksettes i den hensikt å forebygge komplikasjoner som sykdommen medfører (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 18-19). Det forebyggende aspektet inkluderer opplæring, kunnskap, motivasjon og en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Ved nydiagnostisert diabetes type 2 vil sykepleieren fungere mer som veileder enn behandler (Diabetesforbundet, 2018, s. 8). Veiledning innebærer at sykepleieren skal bidra til læring, mestring og utvikling. Kunnskap og forståelse er nødvendig for at pasienten kan ta helsefremmende valg som ivaretar egen helse. Inkludert i veiledningen skal sykepleieren gi informasjon og støtte til pasienten (Kristoffersen, et al., 2011, s. 18-19). Gjennom aktiv lytting, gode kommunikasjonsferdigheter, nok tid og engasjement for pasienten, øker sjansen for vellykket forebygging og behandling (Helsedirektoratet, 2016, s. 7). Informasjonen må gis på et passende tidspunkt, og tilpasses ut ifra hva den enkelte trenger og er i stand til å forstå (Mosand & Stubberud, 2014, s. 70).

Kunnskap om diabetes, en sunn livsstil, og hvordan kunnskapen kan implementeres i hverdagen, er viktigere i behandlingen enn legemidler (Mosand & Stubberud, 2016, s. 72).

Sykepleieren må informere og veilede om viktigheten av et sunt kosthold og fysisk aktivitet, og hvordan dette kan oppnås (Sortland, 2015, s. 15). Blodsukkerkontroll er essensen i den forebyggende behandlingen mot senkomplikasjoner. En sunn livsstil med et variert kosthold og fysisk aktivitet er nødvendig for å oppnå dette (Sakariassen & Barhaughøgda, 2014, s. 43). Sykdomsforståelse er viktig for å komme i gang med disse endringene. Dette forutsetter kunnskapsformidling fra sykepleieren, slik at pasienten kan mestre sykdommen gjennom bevisste og helsefremmende valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, 9). (Diabetesforbundet, 2018, s. 8).

2.4.2 Livsstilsendring

Livsstilsendring innebærer at pasienten må endre valgene sine knyttet til atferd og levevaner. Disse levevanene kan omfatte fysisk aktivitet, kosthold, røyk, stress og søvn (Larsen, 2010, s. 14). Dette er faktorer som har betydning for blodsukker, vekt, kolesterol, blodtrykk, fettstoffer i blodet, og dermed totalrisikoen for senkomplikasjoner (Sakariassen & Barhaughøgda, 2014, s. 43). Livsstilsrelatert sykdom knyttes i stor grad til egen helseatferd, men lar seg også påvirke av omgivelsene (Larsen, 2010, s. 14).

2.4.3 Fysisk aktivitet

Ved fysisk aktivitet forbruker kroppen glukose og blodglukosenivået senkes under og etter treningen. Dette øker insulinfølsomheten, og kroppen får et lavere insulinbehov. Pasienten trenger kunnskap om hvordan fysisk aktivitet påvirker kroppen gjennom teori og erfaring. Det bør tilstrebes regelmessig fysisk aktivitet med stabil blodglukoseverdi (Mosand & Stubberud, 2016, s. 67). Helsedirektoratet anbefaler diabetespasienter 150 minutter fysisk aktivitet med moderat til høy intensitet hver uke. En kombinasjon av styrketrening og utholdenhetstrening gir best effekt på blodsukkeret. Fysisk aktivitet og trening kan senke HbA1c med 5-10mmol/mol (Helsedirektoratet, 2016, s. 8). Energiforbruket øker sammen med et økt aktivitetsnivå, og når energiforbruket er større enn energiinntaket oppnås vektreduksjon over tid. Fysisk aktivitet senker triglyseridnivået og øker HDL-kolesterolet i blodet. Dette medfører gunstig lipidnivå, redusert blodtrykk og bedre blodsirkulasjon. En annen bonus er helsefordeler som stressreduksjon, velvære og økt livskvalitet (Mosand & Stubberud, 2016, s. 67).

2.4.4 Kosthold

Sykepleieren må ha nok kunnskap om å ivareta pasientens ernæringsbehov (Sortland, 2015, s. 13). Størrelsen, antallet og sammensetningen av måltidene er en viktig betydning for

blodglukosen (Mosand & Stubberud, 2016, s. 64). Pasienter med diabetes anbefales å følge helsedirektoratets kostholdsråd. Helsedirektoratets anbefalinger innebærer å ha et kosthold basert på fullkornsprodukter, frukt, grønnsaker og belgvekster. Inntaket av salt, mettet fett, tilsatt sukker og rødt kjøtt bør begrenses. Det anbefales regelmessige måltider med tre til fire hovedmåltider og null til tre mellommåltider. Stivelsesrike og sukkerholdige matvarer påvirker blodsukkeret, og må tilpasses individuelt. Alkoholinntaket bør begrenses, spesielt hos pasienter med overvekt, hypertensjon og høye nivåer av triglyserider i blodet. Vektreduksjon og røykeslutt er viktig i diabetesforebyggingen. Selv en liten vektreduksjon på 5-10% kan redusere HbA1c, motvirke hypertensjon og bedre lipidnivået like godt som farmakologisk behandling (Helsedirektoratet, 2016, s. 8).

2.4.5 Hjemmesykepleien

I hjemmesykepleien er målet å hjelpe hjemmeboende pasienter, men hverdagen er ofte hektisk med mange pasienter og lite tid. Tidspress er et problem for både pasienten og sykepleieren. Det tar tid å oppnå en god samtale og yte god omsorg. Dette er vanskelig å oppnå når andre oppgaver må prioriteres først (Fjørtoft, 2016, s. 164). Noen oppgaver innebærer medisinsk, praktisk og ernæringsmessig bistand (Helsedirektoratet, 2012, s. 57). Hjemmesykepleieren må sette sammen en realistisk plan sammen med pasienten for å oppnå målsettingen om fysisk aktivitet, vekt, HbA1c, blodtrykk, blodsukker og kolesterol (Helsedirektoratet, 2016, s. 7). Planen må inneholde realistiske mål for å opprettholde motivasjonen. Dette inkluderer både kortsiktige og langsiktige mål (Diabetesforbundet, 2018, s. 7). I kosthåndboken til helsedirektoratet (2012, s. 58.) fremkommer det noen eksempler på ernæringsarbeid i hjemmebaserte tjenester. Det innebærer å få en oversikt over pasientens matvaner, måltider og måltidsituasjon, for å orientere seg over kostholdsendringer som må iverksettes. I noen tilfeller vil ernæringsfysiolog være nødvendig for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2012, s. 58).

2.5 Motivasjon

Motivasjon leder til utførelse av handlinger og aktiviteter, både problematiske og uproblematiske. Det skilles mellom «indre motivasjon» og «ytre motivasjon.» Ytre motivasjon knyttes til opplevelser fra omgivelsene. Dette kan innebære å omgås med mennesker som gir ros og anerkjennelse (Diabetesforbundet, 2018, s. 14). Objektive tilbakemeldinger gjennom å måle antall treningsminutter, veie seg, informasjon fra laboratorieprøver om oksygenopptak, blodsuktermåling, blodtrykk eller leververdier er andre

faktorer som påvirker den ytre motivasjonen (Barth et al., 2013, s. 68). Indre motivasjon involverer egne interesser som driver pasienten til handling. Det kan være å trene fordi man trives med det, og ikke som et resultat av ros fra andre. Indre motivasjonen er sterkere og varer lenger enn ytre motivasjon, og er essensielt for å oppnå en varig livsstilsendring (Diabetesforbundet, 2018, s. 15).

2.6 Motiverende Intervju (MI)

Motiverende Intervju er en klientsentrert og empatisk samtalemetode for endring, mestring og motivasjon (Helsedirektoratet, 2017). Målet er å fremkalle og forsterke pasientens indre motivasjon til atferdsendring (Barth, 2014). Samtalemetoden anvendes ofte i arbeid med livsstilsendring, rusmiddelbruk, overvekt, spiseforstyrrelser, fysisk inaktivitet og usunne matvaner (Holm, Ivarson, Ortiz & Wirbing, referert i Tveiten, 2016, s. 133). Samtalemetoden knyttes ofte til korte intervensjoner, hvor pasienten har kommet i kontakt med helsetjenesten som følge av et annet problem. Da kan det samtidig tas opp problemstillinger som livsstilsendring. Slike konsultasjoner er ofte tidsbegrenset, og MI er et godt hjelpemiddel. MI-samtalen kjennetegnes av en kort intervensjon på 2-3 og opptil 15-20 minutter. Når fokuset er motivasjon, og det ikke skjer endring i løpet av 2-3 samtaler må det tas en pause eller skiftes samtalefokus (Barth, 2014). Hensikten med MI er at pasienten skal ta en beslutning om endring, og forplikte seg til å følge en plan som utarbeides sammen med sykepleieren. Det er ikke sykepleieren som skal overtale pasienten til forandring. Målet er at pasienten skal «overtale seg selv» til å ta beslutningen om endring, og tenke ut hvordan dette kan oppnås. Hvordan sykepleieren samtaler med pasienten er sentralt for å lykkes (Helsedirektoratet, 2017).

2.6.1 MI - holdninger

De grunnleggende holdningen i motiverende intervju inkluderer partnerskap, aksept, respekt og empati. I tillegg til en empatisk holdning, er måten empatien formidles på viktig for motivasjonen og atferdsendringen. Samtalen må preges av en helhetlig kommunikasjon med respekt, samarbeid og en ikke-dømmende holdning (Korus, 2017). Partnerskap innebærer at sykepleieren og pasienten samarbeider om å løse problemet. De samarbeider mot et felles mål for å finne den beste løsningen for pasienten. Aksept handler om respekt og anerkjennelse. I motiverende intervju tas det utgangspunkt i at endring vil bli lettere dersom pasienten opplever at feilene og svakhetene hans blir akseptert (Barth, 2014). For å fremme motivasjon til endring er aksept og empati essensielt, fravær av de to holdningene vil stanse endringsprosessen. Empati handler om å leve seg inn i, og forstå pasientens tanker og følelser

uten å dømme eller kritisere. Bekreftelser med positive tilbakemeldinger, speilinger og oppsummeringer bidrar til en empatisk holdning, og er essensielt i MI (Krus, 2009, s. 23-24).

2.6.2 Samtaleteknikk i MI

Grunnelementene i MI-samtalen inkluderer åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Dette er elementer som styrer samtalen i retning av endring (Barth, 2014). Et åpent spørsmål begynner med et spørreord uten et avgrenset svar. Det gir pasienten mulighet til å utarbeide egne svar, og sentrerer samtalen rundt egne interesser. Noen spørreord er «hvor», «hva» eller «hvordan». Et lukket spørsmål er mer avgrenset og styrende. (Ivarson & Prescott, 2009, s. 106). Refleksjoner innebærer å gjenta det pasienten sier ordrett eller speile det tilbake i omformulert tilstand. Det kan innebære enkle oppmuntringer underveis i samtalen, eller komplekse refleksjoner som skaper en dypere forståelse av utsagnet. Sykepleieren lager en teori om hva budskapet ”egentlig” betyr, og gir det tilbake slik at pasienten får en dypere egenforståelse (Barth, 2014). Refleksjon bidrar til å skape diskrepans, en uoverensstemmelse over hvordan pasienten ønsker å ha det, og hvordan han har det (Helsedirektoratet, 2017). Hvis problemet ikke er synlig, må det skapes diskrepans for å synliggjøre problemet (Korus, 2017). Tilslutt oppsummeres hovedmomenter fra samtalen som tydeliggjør innholdet og budskapet. Hensikten med oppsummeringene er å fremheve positive ytringer som argumenterer for endring (Tveiten, 2016, s. 134).

Aktiv lytting er en samtaleteknikk for å observere endringssnakk, som symboliserer at samtalen går i retning av endring. Utsagn som «Jeg tror jeg kan» er et eksempel på endringssnakk. Endringssnakk møtes med positive tilbakemeldinger, refleksjoner og oppsummeringer (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleieren må også lytte etter vedlikeholdssnakk, hvor pasienten argumenterer seg bort fra endring (Korus, 2017). For å motvirke vedlikeholdssnakk må det fremmes endringssnakk (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleieren må “rulle med”, og ikke gå imot pasientens utsagn. Gjennom å spille på lag med pasienten vil motivasjonen øke, og det skapes fremdrift fremfor motgang (Krus, 2009, s. 23).

2.6.3 MI – strategier

Det er utarbeidet MI-strategier som bidrar til bevisst og målrettet kommunikasjon. (Korus, 2017). Den enkleste strategien er ”å be om lov.” Dette er virksomt når et nytt element implementeres i samtalen, eller samtalefokuset skifter (Barth, 2014). En annen strategi innebærer å tilpasse informasjonen etter behov og interesse (Korus, 2017). Irrelevant

informasjon og råd vekker motstand, og må unngås i samtalen. Sykepleieren må be om lov, utforske hva pasienten vet, og tilslutt presentere ny informasjon. Gjennom å forberede pasienten underveis i samtalen motvirkes motstand. Dersom det er flere temaer som skal tas opp bør det utarbeides en agenda for samtalen (Ivarsson & Prescott, 2009, s. 105-113). Meny-agenda strategien har til hensikt å fremme samarbeid ved pasientkonsultasjoner. Den ble utarbeidet for å redusere frafall og bedre egeninnsats hos diabetespasienter. Strategien innebærer å tegne tegninger av pasientens problemområder, og presentere det som en meny. Sykepleieren spør hva pasienten tenker, og de utforsker det valgte problemet sammen (Barth et al., 2013, s.125).

En annen strategi er å utforske ambivalens overfor endring. Ambivalens er en motivasjonskonflikt mellom ”vil” og ”vil ikke.” (Ivarson & Prescott, 2009, s. 112). Et av målene i MI er å utforske pasientens ambivalens, og styrke den sidene som heller mot forandring. Ved ambivalensutforskning må positive sider som opprettholder atferden undersøkes, og de negative sidene som gjør endring nødvendig. Videre må det negative som hindrer endring utforskes, og positive sider ved endring må fremheves (Korus, 2017). Sykepleieren må også vite hvordan hun skal håndtere motstand

2.6.4 Endring som prosess

På 1980-tallet utviklet Psykologene Prochaska og DiClemente en forandringsmodell, kalt *The Stages of Change model* for å endre negativ helseatferd og uvaner (Prochaska, DiClemente & Nocross, 1992, referert i Barth et al., 2013, s. 61-62). Motiverende intervju knyttes ofte sammen med endringsmodellen. Hensikten er å øke indre motivasjon ved å jobbe systematisk gjennom de fem fasene fra føroverveielse, overveielse, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen (Barth, 2014). Sykepleieren må først finne ut hvilket endringsstadiet pasienten befinner seg, og deretter tilpasse intervensjonen (Prochaska, et al., 1992, referert i Barth et al., 2013, s. 61-62). Skaleringsspørsmål hvor motivasjonen kartlegges ved hjelp av en skala fra en til ti, hvor tallet ti indikerer svært motivert, er et hjelpemiddel for å kartlegge det nåværende endringsstadiet. (Eide & Eide, 2017, s. 261).

1. Lav endringsberedskap: skap diskrepans

Føroverveilsesfasen (ikke klar) er det første stadiet i endringsprosessen. Pasienten vet ikke at problemet eksisterer, og har ingen tanker om å foreta endring. Han mangler kunnskap om

konsekvenser av livsstilen sin, og positive sider dominerer over negative. Pasienten kan også ha tilstrekkelig kunnskap uten å se hensikten med endring. I noen tilfeller må konsekvenser oppleves og erkjennes før endring blir vurdert (Barth et al., 2013, s. 62). For at MI skal fungere, må pasienten først forbi denne fasen (Eide & Eide, 2017, 261). Informasjon og bevisstgjøring om helserisiko er nødvendig for å starte endringsprosessen, men pasienten kan reagere negativt og motsette seg informasjon. Tilbakemeldinger må derfor gis med forsiktighet (Barth et al., 2013, s. 62).

2. Middels endringsberedskap: løs ambivalens

Neste steg er *overveielsesfasen* (usikker). Denne fasen kjennetegnes av ambivalens. Pasienten er bevisst på problemet, men motivasjonen til endring er usikker (Eide & Eide, 2017, 259). I likhet med *føroverveielsesfasen* ser pasienten positive sider, men reflekterer også rundt negative konsekvenser. Pasienten forstår at endring er nødvendig, men har ikke startet endringen eller foretatt noen beslutning (Barth et al. 2013, s. 65-77).

3. Høy endringsberedskap: planlegg

Forberedelsesfasen (handlingsberedt) er et skritt nærmere handling. Det er tatt en beslutning om endring, og pasienten står overfor to utfordringer. Det første innebærer en forpliktelse til endring, og det andre er de praktiske forberedelsene som kreves. Tanker blir til handling, og pasienten er mottakelig for tips og råd fra hjelperen (Barth et al., 2013, s. 67).

4. Avslutte samtalen: forpliktelse og planlegging

I *Handlingsfasen* (gjennomfører endring) starter endringen for alvor, og den synliggjøres for omgivelsene. Det kan være enkelt å starte endringen, men vanskelig å opprettholde den. Sykepleieren må minne pasienten på årsaken til endringen, for å vedlikeholde motivasjonen. Fokuset må ligge på fremgang og forbedring (Barth et al., 2013, s. 67).

5. Oppfølging: støtte til vedlikehold av endring

Vedlikeholdsfasen (Opprettholdelse) innebærer å opprettholde motivasjonen og forebygge tilbakefall (Eide & Eide, 2017, 259). Negative tanker, følelser, fristelser og risikosituasjoner er mindre fremtredende. Belønningen endres fra det ytre til det indre Det kan innebære at treningen har blitt en vane man trives med, og ikke bare et resultat av positive målinger og ros fra andre. Endringen har blitt varig og automatisert, men vedlikehold krever aktiv innsats for å opprettholde motivasjon, forpliktelse og tro på seg selv. Det er viktig at sykepleieren ikke har

for høye ambisjoner til pasienten. Gode rutiner, vaner, hjelp til mestring og vedlikehold av motivasjon er viktig i behandlingen (Barth et al. 2013, s. 70).

2.7 Etiske og juridiske aspekter

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren må ivareta pasientens grunnleggende behov gjennom helsefremming og sykdomsforebygging. Sykepleieren skal tilpasse informasjonen på en måte som gjør pasienten i stand til å forstå innholdet og dermed kunne ta helsefremmende avgjørelser (NSF, 2011). Dette lovfestes i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-3) hvor det står om plikten til opplysninger, råd og veiledning som del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I kommune- og helsetjenesteloven (2011, §1-1) fremkommer det at tjenestetilbudet skal tilpasses den enkeltes behov og bidra til best mulig utnyttelse av ressurser. Som en del av dette skal det utarbeides en individuell plan for pasienter med langvarige og koordinerte tjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5). Lovverket fastslår også pasientens rett til medvirkning ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester, og utarbeidelsen av tjenestene skal gjøres i samarbeid med pasienten. Det stilles videre krav til pasientinformasjon for å kunne ivareta egne rettigheter, men det skal ikke gis informasjon mot pasientens uttrykte vilje (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2).

3.0 Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for mitt valg av litteratur. Fremgangsmåte, avgrensning, søkeord og kildekritikk vil presenteres her. Oppgaven er basert på eksisterende kunnskap, og vil presentere mine litteraturfunn og kriterier for utvelgelsen. Dataen som er innhentet fra litteratursøkene vil drøftes i lys av oppgavens teoridel og problemstilling (Dalland, 2012, s. 229).

3.1 Litteraturstudie som metode

Dette er en litterær oppgave hvor jeg anvender teori, fag- og forskningslitteratur til å drøfte en avgrenset og selvvalgt problemstilling. Hensikten er at jeg skal gjøre egne søk og anvende relevant litteratur til å belyse problemstillingen min. I litteraturstudiet undersøkes litteratur som er skrevet om og undersøkt fra virkeligheten (*empirien*) av andre forfattere (Støren, 2013, s. 16). Dette er nyttig fordi det innhenter kunnskap som min fremtidige yrkesgruppe kan dra nytte av (Støren, 2013, s. 17). Oppgaven er basert på høgskolen sine rammer og retningslinjer for å skrive en bacheloroppgave.

3.2 Søkeord, antall treff, kriterier for utvalgelse

I litteratursøkene var målet å finne artikler som handlet om forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes type 2 gjennom livsstilsendring, ved hjelp av Motiverende Intervju. Søkene etter forskningsartikler ble foretatt i databasene Cinahl og PubMed. Cinahl er den eneste databasen som gir mulighet for å avgrense søkene til forskningsartikler og til sykepleiere som førsteforfatter (Støren, 2013, s. 22). Søkene mine ble gjort på en systematisk måte hvor jeg benyttet søkeordene ”Diabetes type 2”, ”Prevention”, ”lifestyle”, ”Motivational Interview” og ”Behaviour change.” Jeg har anvendt engelske søkeord for å få flest mulig treff. Søkeordene ble kombinert på ulike måter, og bundet sammen ved hjelp av ”AND.” Tabellen under viser oversikt over søkehistorikken for de valgte forskningsartiklene.

Nr.	Databaser	Søkeord	Søkebegrensninger	Antall treff	Antall relevante	Antall inkl.
1	Cinahl	«Diabetes type 2»	2015 - 2018	11 899	0	0
2	PubMed	«Type 2 diabetes» and «prevention» and «lifestyle»	«Full text» og «five years»	6	3	1*
3	Cinahl	«Diabetes type 2» AND «Motivational Interview»	2011 – 2019 og «Full text»	24	4	3
4	PubMed	«Diabetes type 2» and «Behaviour change»	«Full text» og «five years»	78	2	2

(*betyr at artiklene både er funnet ved søk i CINAHL og på PubMed)

Eksklusjonskriterier: Søkeord, begreper og tilleggssdiagnoser som ikke kan sees i sammenheng med diabetes type 2 og komplikasjonsforebygging er selektert ut fra oppgaven. Andre diabetestyper er også ekskludert. Årstall har vært sentralt for å inkludere mest mulig oppdatert forskning (2011 - 2019). Forskning publisert for mer enn 10 år siden ble ekskludert. Artikler fra Asia, Sør-Amerika og Afrika ble ekskludert fordi det ikke alltid er overførbart til helsevesenet i Norge.

Inklusjonskriterier: Artiklenes hovedfokus skulle være forebygging av diabetekomplikasjoner. Krav til overskriftene var inkludering av minst ett av begrepene: diabetes type 2, Motiverende Intervju, kosthold, fysisk aktivitet og/eller livsstilsendring. Pasientgruppen måtte også ha diagnosen diabetes type 2. Artiklene skulle være: (i) fagfellevurdert (peer-reviewed), (ii) skrevet på engelsk og (iii) hentet fra et kjent tidsskrift.

3.3 Litteratur og kildekritikk

Ifølge Olav Dalland har kildekritikken to sider. Det første innebærer hjelp til å finne den litteraturen som best mulig kan belyse problemstillingen, altså *kildesøking* eller *litteratursøking*. Det andre innebærer å gjøre rede for litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, 2012).

Jeg har anvendt faglitteratur som jeg fant ved gjennomgang av pensumlister og søk i Oria. I tillegg til fagbøker benyttet jeg nettsidene til Helsedirektoratet, Helsebiblioteket, Lovdata, NSF, Regjeringen, Diabetesforbundet, kommunetorget og Korus. På nettsidene hentet jeg håndbøker og artikler som er utgitt innenfor de siste ti årene, og anses som oppdaterte.

Kosthåndboken (2012) er utarbeidet av helsedirektoratet for å sikre forsvarlig ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Håndboken er utarbeidet for helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Svakheten er at håndboken ikke spesifikt rettes mot diabetespasienter, men inkluderer ernæringsarbeid i hjemmebaserte tjenester. Kortversjonen av Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes (2016) gir oversikt over de viktigste anbefalingene fra Helsedirektoratet. Fullversjonen anvendes også.

Håndboka om Russamtalen (2009) og nettsiden til Korus er ment som hjelpemiddel for tilsatte i kriminalomsorgen. MI er i utgangspunktet utarbeidet for misbruk og avhengighet, men grunnprinsippene er de samme uansett om det handler om rus eller diabetes (Barth, 2014). Jeg anser derfor innholdet i nettsidene som overførbare. Aktivitetshåndboka omtaler fysisk aktivitet i lys av forebygging og behandling gjennom atferdsendring. En svakhete er at kosthold ikke omtales. Diabetesforbundet er en uavhengig interesseorganisasjon for diabetespasienter, men har også til hensikt å oppdatere helsepersonell. Brukerversjonen av nasjonal faglig retningslinje (2018) og Veiviser: god egenbehandling av diabetes (2018) er utarbeidet av Diabetesforbundet og Helsedirektoratet for mer brukervennlig informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 2).

Kommunetorget er en nettside basert på tiltak mot rusarbeid, men fokuserer også på generell folkehelse. Jeg anvendte nettsiden på bakgrunn av to artikler om motiverende intervju publisert av Tom Barth (2014). Kommunetorget, Aktivitetshåndboken, Korus og diabetesforbundet har samarbeid med helsedirektoratet, som anses å være en pålitelig kilde.

Etter søk i Oria fant jeg «Diabetesboka: spis riktig og bli frisk» (2014). En svakhet med boken er mangler på kildehenvisninger etter kapitlene og i teksten. I følge Dalland (2012) er det nødvendig å vite hvorvidt litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon. Dette forutsetter riktig årstall og informasjon om hvor statistikk og tall er hentet fra. Boka er ment for å gi diabetespasienter en bedre sykdomsforståelse, men er også egnet for helsepersonell. Diabetesboken til Vaaler og Møinichen (2014) er beregnet på helsepersonell, inkludert sykepleiere.

Jeg har anvendt seks artikler hvor alle inkluderer pasienter diagnostisert med diabetes type 2, og omfatter livsstilsendring. Alle artiklene er skrevet på engelsk. Fire er RCT-studier og to er oversiktsartikler. Tre av forskningsartiklene (Soderlund, 2018; Philips & Guarnaccia, 2017; Dellasega, 2011) er gjennomført i USA. Rubak et al. (2011) gjennomførte en studie i Danmark. Studien til Sebire et al. (2018) er gjennomført i England og Heinrich et al. (2010) er foretatt i Nederland. Dette har overføringsverdi til min litteraturstudie fordi landene vestlige, og den vestlige livsstilen er forbundet med økt forekomst a diabetes type 2 (Diabetesforbundet, 2015).

Studien til Rubak et al. (2011) undersøkte ikke effekten av MI gjennom sykepleiere, men av allmennleger. Siden MI er generell vil samtalemetoden være den samme uansett om metoden anvendes av leger eller sykepleiere. En svakhet ved artikkelen til Sebire et.al (2018) er at selvbestemmelsesteorien (SDT), og ikke MI ble anvendt som motivasjonsstrategi. Artikkelen er relevant fordi den undersøker selvbestemt livsstilsendring med hovedvekt på kosthold og fysisk aktivitet. RCT-studien til Dellasega et al. (2011) undersøker hvordan pasienter med diabetes type 2 responderer på MI knyttet til atferdsendring. Heinrich et al. (2010) har skrevet det fjerde RCT-studiet. MI-rådgivningen ble foretatt av sykepleiere på pasienter med diabetes type 2 i alderen 40-70 år. Dette gjorde artikkelen relevant for oppgavens avgrensning og problemstilling. Artikkelen inngår i de to oversiktsartiklene, men anvendes fordi artikkelen gir dypere forståelse for hvordan sykepleieren anvender MI i praksis. Oversiktsartiklene

sammenlikner MI med selvbestemmelsesteorien, noe artikkelen til Heinrich et al. (2010) ikke gjør.

Systematiske oversiktsartikler styrker problemstillingen fordi det gir en oversikt over ulike forskning som finnes innenfor det aktuelle området (Helsebiblioteket, 2016). Artikkelen til Soderlund (2018) undersøker effekten av MI for å øke fysisk aktivitetsnivået til voksne med diabetes type 2. Her inkluderes fysisk aktivitet, men ikke kosthold. Oversiktsartikkelen til Philips & Guarnaccia (2017) inkluderte ikke bare pasienter med diabetes type 2, men også personer med prediabetes, fedme og overvekt. Artikkelen er relevant fordi den undersøker hvordan MI kan styrkes i kombinasjon med andre behandlingsstrategier.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Evelien Heinrich, Math J.J.M. Candel, Nicolaas C. Schaper & Nanne K. de Vries (2010)	«Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care»	Diabetes Research and Clinical Practice	Undersøke effekten av Motiverende Intervju (MI) basert på rådgivningstrening av sykepleiere på klinisk, atferdsmessige og prosessutfall blant pasienter med type 2 diabetes.	Kvalitativ metode: 33 sykepleiere og 584 pasienter deltok. Artikkelen er en RCT-studie hvor deltakerne ble fordelt i en kontrollgruppe og en forsøksgruppe.	Resultatene var blandet. Tilstrekkelig kunnskap og opplæring om faktorer som gir vellykket implementering av MI i daglig praksis er nødvendig.
2	Amanda S. Philips & Charles A. Guarnaccia (2017)	«Self-determination theory and motivational interviewing interventions for type 2 diabetes prevention and treatment: A systematic review»	Journal of Health Psychology	Undersøke effekten av intervensjoner basert på selvbestemmelsesteorier (SDT) og Motiverende Intervju (MI) for å forebygge og behandle type 2 diabetes.	Kvalitativ metode: Forfatterne har foretatt systematiske søk på selvbestemmelsesteorier og motiverende intervju basert på personer med fedme, prediabetes og diabetes type 2.	Studiet viste blandede resultater, men flest helsefremmende utfall. Konklusjon: fremtidig forskning kan forbedres ved å kombinere STD og MI for en dypere forståelse av intervensjonsmekanismene.

3	Sune Rubak, Anneli Sandbæk, Torsten Lauritzen, Knut Borch-Johnsen & BO Christensen (2011)	«Effect of “motivational interviewing” on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark»	Scandinavian Journal of Primary Health Care	Undersøke effekten av MI på målrettet intensivbehandling av pasienter med diabetes type 2.	Kvalitativ metode: Deltakerne ble tilfeldig fordelt i 2 grupper. Begge mottok intensiv diabetesbehandling. MI ble anvendt i den ene gruppen.	Fant ingen effekt av MI på metabolsk status og på bedre etterlevelse av medisiner. Begge gruppene hadde en forbedret metabolsk status og bedre medisinadministrasjon ett år etter studien.
4	Patricia Davern Soderlund (2018)	«Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review»	Chronic Illness	Undersøke effekten av motiverende intervju på selvstyrt fysisk aktivitet hos voksne diagnostisert med diabetes type 2.	Det ble foretatt søk i databasene PubMed, Cinahl og PsycINFO avgrenset mellom år 2000 og 2016. Inklusjonskriteriene var motiverende intervju som hovedintervensjon for å se effekt av fysisk aktivitet.	Ni studier oppfylte inklusjonskriteriene. Fire av disse viste positiv effekt på selvstyrt fysisk aktivitet. Motiverende intervju kan være virksomt for å bedrive fysisk aktivitet på egenhånd.
5	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	Undersøke hvordan pasienter med diabetes type 2 opplever effekten motiverende intervju som et hjelpemiddel for å fremme livsstilsendring.	Kvalitativ metode: En randomisert kontrollert studie (RCT). Fire fokusgrupper bestående av totalt 19 voksne med diabetes mellitus type 2.	Pasientenes opplevelse av standardomsorg var negativ. Flertallet opplevde paternalistiske og nedverdiggende holdninger. Deltakerne hadde ingenting negativt å si om MI. De ville møtes med ikke-dømmende holdning, bli hørt, respektert og oppmuntret.

6	Simon J. Sebire, Zoi Toumpakari, Katrina M. Turner, Ashley R. Cooper, Angie S. Page, Alice Malpass & Robert C. Andrews (2018)	«‘I’ve made this my lifestyle now’»: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus»	BMC Public Health	Undersøke nydiagnostiserte med diabetes type 2 sin opplevelse og motivasjon til livsstilsendring, utformet av selvbestemmels esteori (SDT).	Kvalitativ studie: Analyse av semi-strukturerte intervjuer av 30 voksne som var nydiagnostisert med diabetes type 2, og som deltok i Early ACTIC-studien (Early ACTivity In Diabetes).	Nydiagnostiserte med diabetes uttrykker varierende motivasjon til livsstilsendring. Motivasjonen til endring kan være relativt lav.
---	---	---	-------------------	---	--	---

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøftes hvordan sykepleieren kan anvende MI i de ulike endringsstadiene for å bidra til livsstilsendring for å forebygge senkomplikasjoner hos pasienter med diabetes type 2. Avslutningsvis drøftes effekten av motiverende intervju.

5.1 Motiverende intervju i endringsprosessen

5.1.1 Føroverveielsesfasen

I føroverveielsesfasen dominerer positive tanker over negative. Pasienten vet ikke at problemet eksisterer, og har ingen tanker om å foreta endring. Han er ikke klar over konsekvensene livsstilen medfører, og må bevisstgjøres (Barth et al., 2013, s. 62). For at MI skal fungere må pasienten først hjelpes forbi denne fasen (Berg Smith mfl., 1999, referert i Eide & Eide, 2017, s. 260). Dette forutsetter en motivasjon som driver pasienten til handling (Diabetesforbundet, 2018, s. 15). Motivasjon skapes ved at sykepleieren informerer og bevisstgjør om helserisikoen ved atferden (Barth et al., 2013, s. 62). Sykepleieren må informere om komplikasjonene som ubehandlet diabetes type 2 medfører. Dette inkluderer senkomplikasjoner som synstap og blindhet, amputasjon og hjerte- og karsykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). Slik informasjon skaper diskrepans ved at problemet synliggjøres for pasienten. Diskrepans er en uoverensstemmelse mellom hvordan pasienten har det, og hvordan han ønsker å ha det. Ifølge Barth et al. (2013, s. 62) er dette nødvendig for å starte endringsprosessen.

I denne første fasen bør sykepleieren fokusere på å bygge en allianse med pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 264). Samtalen bør preges av respekt, samarbeid og en ikke-dømmende holdning (Korus, 2017). Dette er verdier som ble trukket fram blant pasientene i studien til Dellasega et al. (2012, s. 39). Det viser seg at aksept og empati fremmer motivasjon til forandring (Krus, 2009). Likevel opplevde deltakerne i studien til Dellasega et al. (2011, s. 39) at helsepersonellet sin atferd i standardomsorgen var ydmykende, men det var ikke empatien som ble trukket frem som mangelfull. Ifølge artikkelen er helsepersonell opplært til å ha en direkte kommunikasjonsform. Dette er positivt i mange sammenhenger, men i de tilfeller der pasienten skal ta egne beslutninger vil det kreve andre tilnæringsmetoder. Pasientene i studien trekker inn at de vil møtes med veiledning og støtte, fremfor paternalistiske holdninger og hastverk. Det ble nevnt at den ikke-dømmende holdningen i motiverende intervju som ansvarligjorde pasientene for egen sykdom ble opplevd som positivt og støttende (Dellasega et al., 2011, s. 37-40). Funnene tyder på at empati alene ikke er tilstrekkelig for å fremme motivasjon. Empati må kombineres med andre holdninger. Sykepleieren bør være empatisk samtidig som hun viser aksept, respekt og anerkjennelse for pasientens valg (Korus, 2017). Ved nydiagnostisert diabetes type 2 bør sykepleieren fokusere på å være en god veileder (Diabetesforbundet, 2018, s. 8). Både informasjon og støtte er viktig for å fremme motivasjon (Kristoffersen et al., 2011, s. 18-19).

I motiverende intervju fremkommer det at sykepleieren må lytte til pasienten, og ikke gi informasjon (Ivarsson & Prescott, 2009, s. 105). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-3) lovfester at pasienten har rett på opplysninger, råd og veiledning som en del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Veiledning innebærer at sykepleieren skal bidra til læring, mestring og utvikling (Kristoffersen et al., 2011, s. 18-19). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at sykepleieren ikke skal gi informasjon som pasienten ikke ønsker. På den andre siden er informasjon nødvendig for at pasienten skal kunne medvirke i egen behandling og pleie (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2, §3-2). I de yrkesetiske retningslinjene står det at informasjonen skal tilpasses slik at pasienten forstår innholdet og kan ta helsefremmende valg (NSF, 2011). Forskningen til Rubak et al. (2011, s. 93) bekrefter at sykepleieren skal fungere som rådgiver for pasienten.

I artikkelen til Dellasega et al. (2011, s. 39-40) opplevde pasientene at de ble mer motivert av sykepleieren som tok seg tid til å lytte. De var også mer mottakelige for råd og forslag fra sykepleieren når hun ga positive tilbakemeldinger og viste forståelse for pasientenes opplevelser. I motsetning til sykepleierne medførte de negative tilbakemeldingene fra legene i

standardomsorgen til skyldfølelse og skam. Funnene viser at pasienter ønsker veiledning basert på støtte og oppmuntring, og ikke kritiske tilbakemeldinger. Det kan konkluderes med at sykepleieren bør lytte til pasienten for å få oversikt over pasientens kunnskapsnivå og ressurser. Informasjon er viktig, men den må tilpasses ut ifra hva pasienten trenger og er i stand til å forstå (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). Å etablere en god relasjon til pasienten kan anses som like viktig som informasjonsformidling. I mange tilfeller er pasienten mer mottakelig for informasjon og råd fra en sykepleier han samarbeider godt med.

5.1.2 Overveielsesfasen

I den andre fasen, overveielsesfasen, er pasienten problemorientert, men motivasjonen til endring er usikker (Eide & Eide, 2017, s. 265). Han ser ikke bare positive sider ved atferden, men reflekterer også rundt konsekvensene. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å løse opp i ambivalensen, og å ta en beslutning om endring (Barth et al., 2013, s 77). I forskningsartikkelen til Heinrich m.fl. (2010, s. 271) fremkommer det at motiverende intervju er en direkte patientsentrert metode for å utforske og løse ambivalens. I ambivalensutforskningen må sykepleieren først undersøke hvorfor pasienten ikke gjør noe med livsstilen sin, før hun kommer med handlingsforslag (Korus, 2017).

En del av livsstilsendringen innebærer at pasienten må endre levevaner, inkludert kosthold (Larsen, 2010, s. 14). Dette viser seg å være utfordrende for mange pasienter med diabetes type 2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 8). Studien til Sebire et al (2018, s. 5) underbygger denne påstanden. Pasientene i studien opplevde en restriktiv opplevelse av hva de var tillatt å spise, og de følte at de ”måtte” trene. Endringen ble opplevd som en trussel på livskvaliteten, og de ble skuffet når de ikke fikk belønning for innsatsen. Det resulterte i langsom fremgang i endringsprosessen når motivasjonen var et resultat av ytre påvirkning. For at endringen skal bli langvarig er det en forutsetning at pasienten trives med endringene som blir gjort (Diabetesforbundet, 2018, s. 15). Sykepleieren bør fokusere på det positive som endringen medfører, og tilby informasjon knyttet til helsefordelene ved fysisk aktivitet. Informasjon om at økt aktivitetsnivå bidrar til helsefordeler som stressreduksjon, velvære og økt livskvalitet kan virke positivt på motivasjonen (Mosand & Stubberud, 2016, s. 67). Deltakerne som oppnådde indre motivasjon i studien til Sebire et al (2018, s. 7) bekrefter at de opplevde god livskvalitet, og trivdes med den nye livsstilen. Funnene viser at pasienter i mange tilfeller unngår endring i frykt for dårlig livskvalitet. I de tilfeller må sykepleieren fremheve hvordan livsstilsendringen kan bedre livskvaliteten og skape trivsel.

Barth et al. (2013, s. 62) sier at pasienter ofte motsetter seg negativ informasjon, og slik informasjon må gis med forsiktighet. Deltakerne i studien til Sebire et al. (2018, s. 4) uttrykte manglende tro på helsefremmende råd, men lot seg motivere i frykt for konsekvenser. Likevel var det positive opplevelser som vedlikeholdt endringen. Ut ifra dette ser det ut til at sykepleieren må skape en balanse mellom å gi positive og negative opplysninger. Hun kan tilby informasjon om at langvarig hyperglykemi øker risikoen for senkomplikasjoner, men blodsukkerkontroll kan oppnås ved trening og et sunt kosthold (Sakariassen & Barhaughøgda, 2014, s. 43). Dette gir pasienten innsikt i negative konsekvenser, og sykepleieren gir han et tilbud om hvordan han kan forhindre at komplikasjoner utvikler seg. Selv om studier viser at informasjon om det negative kan fremme motivasjon, er det ikke ensbetydende med at sykepleieren skal bedrive skremselspropaganda. Hverken lovverk eller yrkesetiske retningslinjer støtter en fremgangsmåte hvor sykepleieren overøser pasientene med negativ informasjon. Dette kan betraktes som en form for overtalelse, og en del av motiverende intervju innebærer at sykepleieren ikke skal overtale pasienten (Helsedirektoratet, 2017). Det kan konkluderes med at både positiv og negativ informasjon er motivasjonsfaktorer. Likevel er ikke hensikten å skremme pasienten, men å bevisstgjøre han. Resultatene i studien til Sebire et al (2018) viste stor variasjon i forhold til hva som motiverte pasientene. Dette underbygger påstanden om at sykepleieren bør tilpasse informasjonen ut ifra hva pasienten trenger og er i stand til å forstå (Mosand & Stubberud, 2016, s. 70). Det må skapes en gjensidig problemforståelse mellom sykepleieren og pasienten (Rubak et al., 2011 s. 93).

5.1.3 Forberedelsesfasen

I *forberedelsesfasen* har pasienten besluttet å endre livsstil. Utfordringen blir å forplikte seg til beslutningen. Tanker skal omgjøres til handling, og dette krever planlegging og praktiske forberedelser. Pasienten må selv tenke ut hvordan endring kan oppnås. (Helsedirektoratet, 2017). I artikkelen til Heinrich et al. (2010, s. 271) fremkommer det at motivasjonen skal stamme fra pasienten, og ikke være et resultat av restriksjoner fra sykepleieren. Likevel er tips og råd fra sykepleieren nødvendig, og på dette stadiet er pasienten mottakelig for dette (Barth et al., 2013, s. 67). Studien til Rubak et al. (2011, s. 95) underbygger påstanden om at rådgivning kan fremme resultater. Pasientene mottok rådgivning fra leger som hadde fått intensiv opplæring i behandling av diabetes type 2. Resultatene viste at HbA1c, lipider, blodtrykk og BMI var innenfor behandlingsmålene da studien ble avsluttet. Til sammenlikning viste studien til Heinrich et al. (2010, s. 270) ingen effekt på HbA1c, vekt, blodtrykk og lipider etter rådgivning fra sykepleierne basert på MI, men kontroll og mestring

viste positivt utslag. Til forskjell fra legene i artikkelen til Rubak et al. (2011, s. 93) mottok ikke sykepleierne i studien til Heinrich et al. (2010) trening i rådgivning for å behandle diabetes type 2. Dette kan ha påvirket utfallet, da legene hadde en bedre innføring i hva de skulle basere rådgivningen sin på. Funnene indikerer at rådgivning fra sykepleieren er viktig for å oppnå livsstilsendring, men hvordan rådgivningen blir gjennomført og innholdet i rådgivningen er sentral. Det kan være nødvendig at sykepleieren spesialiserer rådgivningen mot pasienter med diabetes type 2. Selv om sykepleieren har kunnskap om MI bør hun også ha god kunnskap om forebygging og behandling av senkomplikasjoner for å skape motivasjon til livsstilsendring (diabetesforbundet, 2018, s. 15).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) fremkommer pasientens rett til medvirkning i behandlingen, og dette ivaretas gjennom at pasienten aktivt deltar i planlegging og målsetting. I studien til Dellasega et al. (2011, s. 40) opplevde pasientene at det skapte en god relasjon til sykepleieren når de fikk bidra i planlegging og målsetting. Sykepleieren ble opplevd som en ressurs som veiledet dem, fremfor å ta avgjørelser for dem. Pasientene uttrykte at ingen kunne ”tvinge” dem til å endre atferd. Funnene viser at pasientmedvirkning er viktig for å oppnå en god relasjon til pasienten. Det er også sannsynlig at pasienten vil trives bedre med endringen dersom han får delta i planlegging og målsetting. Det er tross alt pasienten som skal leve med endringen, og ofte vet pasienten best hva som må til for at han skal trives.

En måte å ivareta brukermedvirkningen på er at sykepleieren setter opp en agenda basert på hva pasienten opplever som problemområder. Kommune- og helsetjenesteloven (2011, §1-1) sier at tjenestetilbudet skal tilpasses individuelt og utnytte pasientens egne ressurser. Sykepleieren kan ta utgangspunkt i informasjonen hun har fått gjennom de innledende samtalene. Hvis pasienten velger kosthold som agenda, kan sykepleieren tilby helsedirektoratets kostholdsråd basert på fullkornsprodukter, frukt, grønnsaker og belgvekster. Videre bør rødt kjøtt, salt, sukker, alkohol og stivelsesrik mat begrenses. (Helsedirektoratet, 2016, s. 8). På en annen side uttrykte deltakerne i studien til Sebire et al. (2011, s. 4) at de ikke hadde troen på helsefremmende anbefalinger. Det kan tenkes at sykepleierens tilbakemeldinger skaper motstand i samtalen. I det tilfellet bør hun ”rulle med”, og ta et skritt tilbake. Hvis hun presser samtalen videre kan det skape mer motstand og skade relasjonen (Barth, 2014). En annen løsning er å stille åpne spørsmål for å hente fram pasientens endringssnakk. Hun kan spørre: ”Hva tenker du om ditt nåværende kosthold?” Videre lytter

hun etter endringsnakk, som kan styrke beslutningen om endring (Ivarson & Prescott, 2009, s. 106).

Sykepleieren oppfatter ofte pasientens problem som større enn pasienten selv (Dellasega et al., 2011, s. 37-39). En årsak kan være at sykepleieren har mer kunnskap om diabeteskomplikasjoner. Da bør hun opplyse pasienten slik at de kommer på samme bølgelengde. Det kan også tenkes at pasienten har tilstrekkelig kunnskap, men han trenger å oppleve eller erkjenne konsekvenser for å forstå hensikten med endring (Barth et al., 2013 s. 62). I studien til Sebire et al. (2011, s. 6) var det pasienter som lot seg motivere til livsstilsendring som et resultat av at familiemedlemmer hadde utviklet senkomplikasjoner. Ut ifra dette virker det som at et godt tiltak kan være å la pasienten snakke med andre diabetespasienter. Det kan bidra til å skape en bedre sykdomsforståelse, og de kan motivere hverandre til å gjøre en endring med livsstilen.

5.1.4 Handlingsfasen

I denne fasen er endringen i gang, og det er merkbart for omgivelsene. Selv om pasienten har kommet i gang med endringen blir utfordringen å vedlikeholde den (Barth et al., 2013, s. 67). I studien til Sebire et al. (2018, s. 5) uttrykte deltakerne at når de først var i gang med endringen, var det ytre faktorer som styrte motivasjonen. Sykepleieren kan anbefale en treningsklokke for å følge opp treningsfremgang. Blodsuktermålinger, blodtrykk, informasjon om laboratorieprøver og jevnlig veiing er faktorer sykepleieren kan følge opp når hun kommer på hjemmebesøk (Barth et al., 2013, s. 68). Pasientene i studien til Sebire et al. (2018, s. 5-6) uttrykte derimot frykt for at objektive målinger skulle avsløre manglende etterlevelse av behandlingen. Det fremkom at de trengte opprettholdelse av sosial og profesjonell støtte for å vedlikeholde motivasjonen. Ut ifra dette kan det konkluderes med at jevnlig hjemmebesøk og oppfølging fra sykepleieren kan være en motivasjonsfaktor. For å opprettholde livsstilsendringen over tid, er det ikke nødvendigvis tilstrekkelig med objektive målinger. Ofte vil det være behov for støtte og oppfølging underveis i endringsprosessen, men objektive målinger kan være et nyttig supplement. Ros og positive tilbakemeldinger kan være ekstra viktig når pasienten opplever perioder med mindre motivasjon (Barth et al., 2013, s. 67).

Indre motivasjon vare lenger enn ytre motivasjon (Diabetesforbundet, 2018, s. 15). Målet er å styrke motivasjonen til å bli indre motivert, og ikke bare et resultat av ros og positive målinger. Helsedirektoratet (2016, s. 14) sier at et hovedmål i diabetesbehandlingen er å unngå senkomplikasjoner og å bidra til god livskvalitet. Pasientene i studien til Sebire et al. (2018, s. 5) uttrykte at når livsstilsendringen var et resultat av ytre påvirkning opplevde de det som en trussel på livskvaliteten. De følte at de endret seg fordi de ”måtte”, og ikke fordi de ”ville.” Flertall av pasientene opplevde likevel ytre motivasjon som dominerende for å vedlikeholde livsstilsendringen. Ut ifra dette kan det konkluderes med at sykepleieren først må jobbe med pasientens ytre motivasjon og over tid kan motivasjonen endres til å komme innenfra. Det er viktig å være tålmodig og ikke ta for store steg av gangen. Det bør utarbeides både kortsiktige og langsiktige mål for å opprettholde motivasjonen over tid (Diabetesforbundet, 2018, s. 7). Et kortsiktig mål kan for eksempel være god livskvalitet og mer energi til å omgås med familie og venner. Et langsiktig mål kan være å forebygge senkomplikasjoner.

MI kjennetegnes av flere korte intervensjoner (Barth, 2014). En fellesnevner blant deltakerne i studien til Sebire et al (2018, s. 6) viste seg å være at tilstrekkelig støtte og oppfølging opprettholdt motivasjonen. Pasientenes frykt for at sykepleieren skulle oppdage manglende behandlingsetterlevelse bidro til å skape motivasjon. Det viser seg at sykepleieren ikke trenger å være tilstede og fortelle pasienten hva han skal gjøre til enhver tid. Forskning viser at motivasjon bygges opp over tid, og motivasjon drevet av ytre press kan ha langsom fremgang (Sebire et al., 2018, s. 6). Ut ifra dette virker det som at flere korte hjemmebesøk kan være like virksomt på motivasjonen som lengre hjemmebesøk. Det skaper ytre motivasjon ved at pasienten må vedlikeholde endringen til neste gang hjemmesykepleieren kommer. På bakgrunn av disse opplysningene kan det konkluderes med at flere korte intervensjoner vil være virksomt. Livsstilsendring er en tidkrevende prosess, og det forutsetter tålmodighet fra både pasient og sykepleier (Diabetesforbundet, 2018, s. 15).

5.1.5 Vedlikeholdsfasen

I denne fasen har livsstilsendringen blitt en rutine som pasienten trives med. Motivasjonen er ikke lenger kontrollert i frykt for konsekvenser eller tilbakemeldinger fra omgivelser (Barth et al., 2013, s. 70). Det viser seg at kosthold og fysisk aktivitet har høy tilbakefallsfrekvens. Likevel er tilbakefall en naturlig del av endringsprosessen. (Prochaska mfl., 1999, referert i Barth et al., 2013, s. 72). Det kan være flere årsaker til at tilbakefall inntreffer, og det kan være både positivt og negativt. En årsak kan være at motivasjon er en dynamisk prosess. Selv

om pasienten er i vedlikeholdsfasen kan tilbakefall inntreffe som et resultat av varierende motivasjon (Sebire et al., 2011, s. 2) På den ene siden kan tilbakefallet anses som en læreprosess for å gjøre det bedre i neste forsøk (Prochaska mfl., 1999, referert i Barth et al., 2013, s. 72). Resultatene fra studien til Sebire et al (2018, s. 5) viste at pasienter opplevde skyldfølelse etter mislykkede endringsforsøk. Det kan tenkes at skyldfølelse kan fremme motivasjon til et nytt endringsforsøk for å motvirke denne følelsen. På den andre siden kan pasienten oppleve det som et nederlag, og motivasjonen blir svekket. Da kan pasienten oppleve det som vanskelig å forsøke igjen fordi han frykter et nytt nederlag. Ut ifra dette kan det konkluderes med at sykepleieren bør motvirke tilbakefall for å unngå at det svekker pasientens motivasjon.

Dersom tilbakefall inntreffer bør sykepleieren fremheve det positive pasienten har fått til, hjelpe han til å mestre tilbakefallet og forsøke igjen. Tilbakefallet kan ha vært et resultat av for høye ambisjoner eller for store mål (Prochaska mfl., 1999, referert i Barth et al., 2013, s. 72). Forskningen til Sebire et al. (2018, s. 6) sier at motivasjonen blir sterkere over tid, og det ble nevnt at veldefinerte mål om bedre helse, livskvalitet og familietid var viktige drivfaktorer for motivasjonen. Det kan konkluderes med at konkrete planer er viktig, men urealistiske planer med for store mål kan ødelegge og svekke motivasjonen. Sykepleieren må veilede pasienten i utarbeidelse av realistiske mål og planer (diabetesforbundet, 2018, s. 7).

5.2 Effekt av motiverende intervju

Motiverende intervju er en klientsentrert samtalemetode for å fremme motivasjon til atferdsendring (Helsedirektoratet, 2017). I Philips og Guarnaccia (2017) sin systematiske oversiktsartikkel ble 54 publikasjoner og 42 uavhengige prøver analysert basert på MI-intervensjoner og selvbestemmelsesteorier, for å behandle overvekt- og fedme, pre-diabetes og type 2 diabetes. Totalt var 23 av funnene basert på diabetes type 2. Ti av disse viste forbedret glukosekontroll, vekttap og fettforbruk hos pasienter med diabetes type 2, sammenliknet med kontrollgruppene. Flertall av artiklene viste positive resultater av å kombinere MI og selvbestemmelsesteorien. Funnene viser at det kan være effektivt å inkludere MI som supplement til andre intervensjonsstrategier for å forbedre kvaliteten på tiltak.

Ifølge helsedirektoratet (2016, s. 7) vil gode kommunikasjonsferdigheter som inkluderer aktiv lytting, engasjement for pasienten og nok tid, øke sjansen for et godt behandlingsresultat. Påstanden om at nok tid er viktig for behandlingen, stemmer overens med det Fjørtoft (2016, s. 164) sier om at det tar tid å oppnå en god samtale og yte god omsorg. Likevel er dette utfordrende som resultat av en hektisk hverdag med mange pasienter og oppgaver. Dette skaper tidspress, og byr på utfordringer for pasient og sykepleier (Fjørtoft, 2016, s. 164). På den andre siden viser forskningen til Sebire (2018, s. 9) at flere korte intervensjoner på 15-20 minutter kan være svært effektivt, og at det er mulig å oppnå gode diskusjoner på kort tid. Dette styrker effekten av de korte intervensjonene i MI, som ofte kjennetegnes av begrenset tid.

Forskningen til Soderlund (2017, s. 65) viste at frekvensen og varigheten av MI-øktene hadde betydning for deltakernes aktivitetsnivå. Det fremkom at det bør være mer enn to økter i måneden, og at øktene bør vare lenger enn 30 minutter dersom frekvensen er lavere. Pasientene i studien til Dellasega et al. (2011, s. 39-40) uttrykte at tidsbegrensninger gjorde at de ikke ble hørt, og de fikk mangelfull opplæring. På en annen side viste det seg at tilnæringsmetoden til sykepleieren hvor pasientene fikk oppmerksomhet gjennom øyekontakt, oppmuntrende kommentarer og felles målsetting bidro til å trygge pasientene. Dette skapte mer motivasjon enn legene i standardomsorgen som fokuserte mer på å få jobben unnagjort. Funnene viser at hjemmesykepleieren kan oppnå god behandlingseffekt ved å implementere strategier og holdninger fra MI når hun kommer på hjemmebesøk. Holdningene fra MI kan gjøre pasientene mer mottakelig for informasjonen fra sykepleieren, og det vil øke sannsynligheten for å lykkes med livsstilsendringen.

Heinrich et al. (2010, s. 270) sin studie viste negativ effekt på fettinntak og HDL kolesterol hos forsøksgruppen som mottok MI-basert rådgivning. Til sammenlikning viste forskningen til Rubak et al. (2011, s. 92) forbedret metabolsk status og utmerket medisinaladministrasjon hos begge forsøksgruppene. Det ble ikke observert forskjeller mellom MI-intervensjonene og standardomsorgen. Funnene kan ikke konkludere med at MI gir bedre effekt enn vanlig pleie. Likevel mener Rubak et al. (2011, s. 95) og Heinrich et al. (2016, s. 276) at mange faktorer kan ha påvirket resultatene.

En faktor kan være varigheten og hyppigheten av MI-intervensjonene. I forskningen til Rubak et al. (2011, s. 95) varte behandlingsintervensjonene i 45 minutter, og legene i

intervensjonsgruppen benyttet bare 2 av 3 planlagte MI-konsultasjoner. Dersom legene hadde gjennomført alle konsultasjonene kunne det vist andre resultater. Det er vanskelig å vise effekt av MI når konsultasjonene ikke blir gjennomført. I artikkelen til Soderlund (2018, s. 64) viste MI størst effekt på fysisk aktivitet når det var mer enn to økter i uka med varighet på 30-45 minutter. Vanligvis vil en kort MI – intervensjon vare fra 2-3 og opptil 15-20 minutter (Barth, 2014). Forskningen til Soderlund et al. (2018) viste positiv effekt på fysisk aktivitet, men MI-intervensjonene hadde lengre varighet. Ut ifra dette viser det seg at den manglende effekten i studien til Rubak et al. (2011) kan ha vært et resultat av at MI ikke ble benyttet ofte nok i behandlingen. I tillegg hadde øktene i begge studiene lengre varighet enn hva som anses som en standard MI-intervensjon. Dette gjør det vanskelig å konkludere med om MI er effektivt eller ikke.

En annen faktor kan være at sykepleierne ikke gjennomførte MI-intervensjonen riktig. I tillegg hadde pasientene i studien til Heinrich et al. (2010) allerede god støtte fra sykepleierne i standardomsorgen. Siden deltakerne allerede var fornøyde med omsorgen de fikk, var det ikke så mye forbedring å forvente når MI ble implementert i tillegg. Studien undersøkte heller ikke effekten av MI alene, men samtalemotoden ble anvendt som et supplement til vanlig pleie (Heinrich et al., 2010, s. 276). Til sammenlikning opplevde deltakerne i studien til Dellasega et al. (2011, s. 40) standardomsorgen som paternalistisk og nedverdiggende, men deltakerne hadde ingen negative kommentarer om MI-intervensjonen. Studien til Rubak et al. (2011) kan også ha blitt påvirket av måten MI-intervensjonen ble gjennomført på. Legene som gjennomførte MI-intervensjonene kan ha mottatt mangelfull opplæring, og legene i kontrollgruppen ha tatt opp kjerneelementer fra MI. Det understrekes at legene i begge gruppene fungerte som rådgivere og baserte behandlingen på gjensidig forståelse, noe som i seg selv er et viktig element i MI (Rubak et al., 2011, s. 93). Det kan også ha gitt utslag dersom sykepleierne i studien til Heinrich et al. (2010) ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om hvordan MI skulle anvendes i praksis. Ut ifra forskjellene kan det stilles spørsmål om MI-intervensjonene ble gjennomført slik samtalemotoden opprinnelig er utviklet. Funnene gjør det vanskelig å trekke en konklusjon basert på effekten av MI. For å undersøke effekten av MI bør det gjøres forskning der samtalemotoden anvendes i sin opprinnelige form. Det er en forutsetning at sykepleieren får en tilstrekkelig innføring i hvordan hun anvender hjelpemiddelet for å oppnå en effekt.

Det har totalt blitt gjennomgått fem artikler som undersøkte effekten av MI i diabetesbehandlingen. Studien til Dellasega et al. (2011, s. 41) og Soderlund et al. (2018, s. 54) viste positive utfall med implementering av MI i behandlingen. Til sammenlikning viste ikke artikkelen til Rubak et al. (2011, s. 92) forskjell mellom vanlig pleie og MI-intervensjonene. Begge forsøksgruppene viste helsefremmende effekt. Studien kan ikke konkludere med at MI er bedre en standardomsorg. Dette gjelder også resultatene til Heinrich et al. (2010, s. 270). Artikkelen konkluderer med at det er for tidlig å anbefale MI i diabetesbehandlingen, og det er behov for mer forskning innenfor feltet. Den store variasjonen i resultatene gjør det vanskelig å trekke en konklusjon til hvor effektiv MI er, sammenliknet med vanlig standardomsorg for å oppnå livsstilsendring. Funnene tyder på at MI ser ut til å være en potensielt god implementering og supplement til andre behandlingsmetoder, men det trengs mer forskning på feltet.

6.0 Avslutning

Innledningsvis skrev jeg at de viktigste oppgavene til helse- og omsorgsdepartementet er å forebygge at diabetes og senkomplikasjoner oppstår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan sykepleieren kan bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2 for å forebygge senkomplikasjoner ved hjelp av Motiverende Intervju. En viktig del av sykepleierens forebyggende funksjon handler om å fremme motivasjon hos pasienten (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). For å oppnå dette kan motiverende intervju være et hjelpemiddel basert på relasjonsetablering og riktig samtaleteknikk.

De viktigste aspektene for å forebygge diabeteskomplikasjoner og fremme livsstilsendring er opplæring, kunnskap, motivasjon og et godt samspill mellom sykepleier og pasient (Diabetesforbundet, 2018, s. 8). Samtaleteknikken i MI kan anvendes for å opplyse pasienten om hva diabetes type 2 innebærer, og hvordan pasienten selv kan forebygge komplikasjoner gjennom livsstilsendring. Intervensjonen må tilpasses individuelt, og sykepleieren må først kartlegge pasientens nåværende motivasjonsnivå for undersøke hvor i endringsprosessen pasienten befinner seg (Prochaska mfl., 1992, referert i Barth et al., 2013, s. 61). Sykepleieren og pasienten må samarbeide om plan og målsetting for hvordan pasienten kan oppnå livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2017). Når pasienten mestrer målene som blir satt, kan det

fremme motivasjon til å opprettholde endringen. God samtaleteknikk og relasjonsbygging er nødvendig for å fremme motivasjon.

Strategier, samtaleteknikk og holdninger i MI kan bidra til å bygge opp pasientens motivasjon fra å være ytre til å bli indre motivert. Sykepleieren bør inkludere kommunikasjonsferdigheter som åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer, samt undersøke hva pasienten anser som relevant å vite (Barth, 2014). Sykepleieren bør møte pasienten med en ikke-dømmende holdning. Hun må lytte og oppmuntre pasienten underveis i samtalen, gi tilpasset informasjon og veilede uten kritiske tilbakemeldinger. Veiledningen må baseres på empati i kombinasjon med respekt, aksept og samarbeid (Krus, 2009, 23-24). I hjemmesykepleien er det ofte tidspress, og de korte MI-intervensjonene vil i mange tilfeller være virksomme. Dette er et resultat av at metoden fokuserer på et godt samarbeid (Barth, 2014; Fjørtoft, 2016).

Denne litteraturstudien har lært meg mye om hvordan diabeteskomplikasjoner kan forebygges gjennom livsstilsendring. Ved å bygge opp motivasjon, kunnskapsformidling, riktig holdning, strategier, samtaleteknikk og veiledning med MI som utgangspunkt har sykepleieren gode forutsetninger for å fremme livsstilsendring. Ulike forskningsartikler og litteratur har gitt meg innblikk i hvordan pasienter ønsker å bli møtt når jeg kommer på hjemmebesøk. Jeg har fått økt kunnskap om hvordan MI kan anvendes, og forskning viser at pasienter ofte lar seg motivere av de ikke-dømmende holdningene i MI. I tillegg til å ha kunnskap om hvordan en sunn livsstil kan forebygge senkomplikasjoner, er det viktig å tilpasse kunnskapsformidlingen til pasienten på det stadiet han befinner seg i endringsprosessen. Hjemmetjenesten er ett av mange steder hvor sykepleieren vil møte denne pasientgruppen, og hvordan hun møter diabetespasientene har viktig betydning for å fremme livsstilsendring.

Referanseliste

- Barth, T. Børtveit, T. & Prescott, P. (2013): *Motiverende intervju: samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barth, T., (2014). Motiverende intervju (MI) og hvordan benytte samtaleformen i rusarbeid. KoRus. Hentet fra: <http://www.kommunetorget.no/Aktuelt/Hva-er-Motiverende-Intervju-MI-og-hvorfor-benyttedenne-samtaleteknikken/>
- Barth, T., (2014). Hvorfor virker motiverende intervju? Korus. Hentet fra: <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Hvorfor-virker-motiverende-intervju/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011>
- Diabetesforbundet. (u.å.). Behandling. Hentet 03. April 2018 fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/behandling/>
- Diabetesforbundet. (2018). Diabetes: brukerversjon av nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.diabetes.no/contentassets/696f73f536a44174a5096ab8785fa1f4/brosjyre-behandlingsretningslinjer-for-diabetes.pdf>
- Diabetesforbundet. (2016). Diabetes type 2. Hentet fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>
- Diabetesforbundet. (2015). Nyreskade (nefropati). Hentet fra: <https://www.diabetes.no/om-diabetes/komplikasjoner/nyreskade/>

Diabetesforbundet. (2018). Veiviser: god egenbehandling av diabetes. Oslo:

Helsedirektoratet. Hentet fra:

<https://www.diabetes.no/contentassets/696f73f536a44174a5096ab8785fa1f4/veiviser-for-god-egenbehandling.pdf>

Diabetesforbundet. (2015). Årsaker til diabetes. Hentet fra:

<https://www.diabetes.no/leksikon/a3/arsaker-til-diabetes/>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A.K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.).

Bergen: Fagbokforlaget.

Folkehelsearbeidet. veien til en god helse for alle. (2010). (IS-1846). Oslo: Helsedirektoratet.

Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>

Heinrich, E., Candel, M. J. J. M., Schaper, N. C. & Vries, N. K. (2010). Effect of a Motivational Interviewing based counseling strategy in diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 90(3), 270-278. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.09.012>

Helsebiblioteket. (2018). Diabetes type 2: Hva er det? | *BMJ Best Practice*. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/diabetes-type-2-hva->

Helsebiblioteket. (2016). Systematisk oversikt. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk->

Helsedirektoratet. (2018). Diabetes: nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/diabetes/Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20diabetes%20-%20A5-folder.pdf>

- Helsedirektoratet. (2017). Motiverende intervju som metode. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal Diabetesplan 2017-2021*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017->
- Ivarsson, B. H. & Prescott, P. (2009). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (103-116). Bergen: fagbokforlaget.
- Jensen, T. (2016). Diabetes mellitus. | S. Ørn & E. B. Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 387-398). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kosthåndboken. veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. (2012). (IS-1972). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS->
- Kriminalomsorgens utdanningscenter Krus. (2009). Russamtalen. Hentet fra:
<http://russamtalen.no/wp-content/uploads/2010/03/Håndbok-om-Russamtalen.pdf>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2011). Om Sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg., s. 15-28). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Larsen, B. I. (2010). *Folkehelsearbeidet. veien til god helse for alle* (IS-1846). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport->
- Mosand, R. D. & Stubberud, D. G. (2016). Sykepleie ved diabete mellitus. I D. G. Subberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie, Bind 2*. (5. utg., s. 51-82). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Møinichen, T. (2014). Hva er diabetes? I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4.utg., s. 31-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). 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 brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Philips, A. S. & Guarnaccia, C. A. (2017). Self-determination theory and motivational interviewing interventions for type 2 diabetes prevention and treatment: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 1-23. DOI:10.1177/1359105317737606
- Reuter Dahl, A. C. (2017). Grunnleggende prinsipper i MI. Hentet fra: <https://www.korusor.no/verktoy/mi/del-2-grunnleggende-prinsipper-i-mi/1-holdninger/>
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Johnsen, K. B. & Christensen, B. (2011). Effect of "motivational interviewing" on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 29 (2), 92-98. doi: <https://dx.doi.org/10.3109%2F02813432.2011.554271>
- Sakariassen, G.K. & Barhaughøgda, H. H. (2014). *Diabetesboka: spis riktig og bli frisk*. (1.utg) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A.S., Malpass, A. & Andrews, R. C. "I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*. 33(12): 961–973. doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12889-018-5114-5>

Soderlund, P. D. (2018). Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illness*. 14(1), 54-68. doi: <https://doi.org/10.1177/1742395317699449>

Sortland, K. (2015). *Ernæring: mer enn mat og drikke*. (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.