



# Motivasjon til kostholdsending ved diabetes type 2

Hvilke erfaringer har pasienter med diabetes type 2 ved bruk  
av motiverende samtale, for å fremme motivasjon til  
kostholdsending?

Kandidatnummer: 671  
Lovisenberg Diakonale Høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9890  
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
Tittel: Motivasjon til kostholdsending ved diabetes type 2	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke erfaringer har pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende samtale, for å fremme motivasjon til kostholdsending?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Innledningsvis presenteres teoretisk fagkunnskap om diabetes type 2. Videre blir teori om livsstil og kostholdsrad til personer med diabetes type 2 forklart. Deretter presenteres motivasjonsteori, inkludert selvbestemmelsesteorien. Samtalemotoden motiverende samtale blir også forklart med fokus på grunnholdningene i MI, ambivalens og kommunikasjonsteknikker. Sykepleierens forebyggende-, helsefremmende- og veiledende funksjon beskrives. Avslutningsvis presenteres relevante juridiske og etiske aspekter.</p> <p><u>Metode</u> På bakgrunn av høgskolens rammer for bacheloroppgaven er dette en litterær oppgave. Problemstillingen blir belyst gjennom eksisterende og selvvalgt fag- og forskningslitteratur på temaet. Fem kvalitative forskningsartikler funnet i PubMed blir inkludert som hovedfunn.</p> <p><u>Drøfting</u> Innledningsvis drøftes betydningen av verdier og målsetning for å fremme motivasjon til kostholdsending. Videre drøftes rett til nødvendig informasjon, selvbestemmelse og kunnskap opp mot oppgavens problemstilling. Deretter ambivalens, betydningen av sykepleiers holdninger i MI-samtalen, samt sosial støtte og partnerskap.</p> <p><u>Konklusjon</u> Forskning og teori tyder på at personer med diabetes type 2 har positive erfaringer med motiverende samtale for å fremme motivasjon til kostholdsending. Funnene viser imidlertid at visse forhold er påkrevd for at MI-samtalen med sykepleier skal fremme pasientens motivasjon til å gjennomføre og vedlikeholde en kostholdsending. Deriblant en ikke-dømmende holdning, støtte fra pårørende og sykepleier, bli sett og hørt som et selvstendig individ, gjøre valg av egen fri vilje, samt å sette realistiske og spesifikke mål som er i tråd med pasientens verdier, interesser og hverdag for øvrig. I tillegg er det trolig behov for mer forskning på området.</p>	

(Totalt antall ord: 261)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3	Presisering av oppgavefokus og avgrensning .....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	4
1.5	Disposisjon .....	4
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1	Diabetes type 2 .....	5
2.2	Livsstil ved diabetes type 2 .....	5
2.2.1	Kostholdsråd ved diabetes type 2.....	6
2.3	Motivasjon.....	7
2.4	Motiverende samtale .....	8
2.4.1	Ambivalens .....	9
2.4.2	Grunnleggende holdninger i MI.....	9
2.4.2	Kommunikasjon i MI .....	10
2.5	Sykepleiefunksjon.....	12
2.6	Juridiske og etiske aspekter.....	12
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>14</b>
3.1	Beskrivelse av metode .....	14
3.2	Litteratursøk og søkestrategi .....	14
3.2.1	PICO skjema .....	14
3.2.2	Søkehistorikk .....	15
3.3	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	16
3.4	Kvalitativ metode .....	16
3.5	Faglitteratur .....	16
3.6	Kildekritikk.....	17
3.6.1	Etiske vurderinger .....	18
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsartikler</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>21</b>
5.1	Verdier, målsetting og motivasjon .....	21
5.2	Rett til nødvendig informasjon, selvbestemmelse og kunnskap.....	24
5.3	Ambivalens.....	26
5.4	Sykepleierens holdninger i MI-samtalen.....	27
5.5	Partnerskap og sosial støtte .....	29
<b>6</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>33</b>

# 1 Innledning

Forekomsten av diabetes type 2 i Norge er økende. Helse- og omsorgsdepartementet (2013) anslår at 340 000 har sykdommen, og av disse kan omtrent en tredjedel ha sykdommen uten å vite det. Diagnosen er kronisk og gir kortere forventet levealder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Strategien for ikke-smittsomme sykdommer (NCD) har som mål å forebygge, diagnostisere, behandle og rehabilitere de fire store folkesykdommene i Norge, som er diabetes, hjerte-karsykdom, kreft og kols. Regjeringen har sluttet seg til Verdens Helseorganisasjons mål, som sier at innen 2025 skal tidlig død som følge av NCD-sykdommene i Norge, reduseres med 25% (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Likeledes har samhandlingsreformen som et av sine hovedmål å forebygge og begrense sykdom fremfor å behandle og reparere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). På bakgrunn av det overnevnte stilles det større krav til at sykepleieren arbeider forebyggende og helsefremmende i dagens helsetjeneste. Behandlingen av diabetes type 2 utgjør store samfunnsøkonomiske kostnader (Helsedirektoratet, 2016a). Derfor er forebyggende tiltak både positivt for pasienten, men også i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes type 2 er en kompleks sykdom, som krever allsidig sykepleiefaglig kompetanse. På grunn av sykdommens hyppige forekomst, vil sykepleieren kunne møte på denne pasientgruppen i alle deler av helsevesenet. Derfor er tilstrekkelig kunnskap om sykdommens prognose, behandling og forebygging sentralt. I behandlingen av diabetes type 2 er målet å oppnå blodsukkerkontroll, som bedrer prognosen og reduserer risikoen for eller utsetter utviklingen av senkomplikasjoner (Helsedirektoratet, 2016a). Helsedirektoratet (2016a) hevder at de fleste pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 har behov for å gjøre livsstilsendringer. Herunder er kostholdsending et essensielt behandlingstiltak (Sagen, 2011). I følge Sagen (2011) har sykepleieren en sentral rolle i å informere pasienten om hvordan kostholdet påvirker blodsukkeret. I arbeidet med min bacheloroppgave ønsker jeg derfor å utvikle min kompetanse om sykepleierens veiledende rolle i møte med pasienter med nyoppdaget diabetes type 2.

I dagens pasientrolle står brukermedvirkning i fokus, der pasienten ses som et selvstendig individ som står ansvarlig for egen helse og livsstil (Kristoffersen, 2016b). Pasientens autonomi står også sentralt i motiverende samtale (MI). MI er en personsentrert og empatisk samtalemetode som har til hensikt å styrke pasientens mestringskompetanse til å foreta selvstendige avgjørelser omkring egen helse (Barth, Børtveit & Prescott, 2013). Helsedirektoratet (2017) anbefaler å ta i bruk motiverende samtale for å fremme atferdsendring hos personer med risikofylt helserelatert atferd. Etter mitt syn kan MI være et godt verktøy for å motivere til kostholdsending ved diabetes type 2. Sagen (2011) hevder at det å motivere til kostholdsending kan være utfordrende. Hensikten med denne oppgaven er derfor å utforske hvilke erfaringer pasienter med nyopplaget diabetes type 2 har med motiverende samtale, og hva som fremmer deres motivasjon til å gjennomføre og vedlikeholde kostholdsendinger.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Hvilke erfaringer har pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende samtale, for å fremme motivasjon til kostholdsending?

## **1.3 Presisering av oppgavefokus og avgrensning**

Forekomsten av diabetes type 2 øker med alderen. I følge Mosand og Stubberud (2016) debuterer sykdommen vanligvis ved 40 års alderen og oppover. Overvekt er imidlertid den viktigste risikofaktoren for utviklingen av diabetes type 2, uavhengig av alder (Krokstad & Knudtsen, 2011). Sagen (2011) hevder at 70% av pasientene med diabetes type 2 er overvektige eller har fedme. Videre viser helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag at aldergruppen unge voksne, har hatt høyest økning i forekomsten av fedme fra 1984 til 2008 (Krokstad & Knudtsen, 2011). Derfor antas det at flere vil få diagnosen i yngre alder i fremtiden (Sagen, 2011). På bakgrunn av det overnevnte og min problemstilling velger jeg å avgrense til aldergruppen 40 til 70 år. Videre ønsker jeg å fokusere på personer som nylig har fått diagnosen og som har behov for kunnskap og veiledning til å mestre sin nye tilværelse. Diabetes type 2 utvikler seg over tid og gir diffuse symptomer i starten av sykdomsforløpet. Derfor kan pasienten ha hatt sykdommen over lengre tid, til tross for at diagnosen er

nyoppdaget. Nær halvparten av pasientene har derfor utviklet senkomplikasjoner allerede ved diagnosetidspunktet (Jenssen, 2016). Jeg vil likevel ikke fokusere på behandling av senkomplikasjoner, men å forebygge dem. Dette underbygges av Jenssen (2016) som sier at livsstiltiltak kan være tilstrekkelig for å opprettholde et stabilt blodsukker den første tiden etter diagnostisering. Derfor blir også medikamentell behandling ekskludert.

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som vil føre til store forandringer i hverdagen for den som blir rammet. Mange som blir diagnostisert med diabetes type 2 er overvektig og kan ha en livsstil preget av et usunt kosthold, røyking, høyt alkoholkonsum og inaktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Derfor kan det være flere områder som vil være hensiktsmessige å endre, for bedre blodsukkerregulering og forebygging av senkomplikasjoner. For pasienten kan en endring av hele livsstilen samtidig virke for altomfattende og krevende (Allgot, 2011). Derfor anbefaler Barth et al. (2013) å fokusere på ett området for endring av gangen i den motiverende samtalen. Sykepleier og pasient samarbeider om å formulere et felles mål som begge anser som meningsfullt å fokusere på. I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense til kostholdsending.

Oppgavens kontekst er diabetespoliklinikk på sykehus. Pasienten blir henvist av fastlegen til sitt lokalsykehus og får innkalling til time på poliklinikken. Sykepleieren er en del av det tverrfaglige teamet, som samarbeider om behandling og oppfølging av pasienter med diabetes. I denne oppgaven velger jeg å fokusere på møte mellom sykepleier og pasient fra pasientens perspektiv, og har derfor utelukket det tverrfaglige samarbeidet. Pasienten følges opp av sykepleier som har en viktig veiledende funksjon, ved å fremme motivasjon og støtte til å endre kosthold (Iversen & Skafjeld, 2011).

Pasienten kan også ha komorbide sykdommer, men dette ekskluderes på grunn av oppgavens problemstilling. Sykepleier blir omtalt som hun og pasienten som han. Motiverende samtale blir også forkortet til MI.

## 1.4 Begrepsavklaring

### *Diabetes type 2:*

Diabetes type 2 er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved relativ insulinmangel og insulinresistens, som følge av høyt blodsukker over tid. Sykdommen skyldes både genetikk og livsstil (Jenssen, 2016).

### *Motiverende samtale (MI):*

”Motiverende samtale er en samarbeidsbasert samtalestil som har som mål å styrke en persons indre motivasjon for og forpliktelse overfor endring” (Miller & Rollnick, 2016, s. 38).

### *Veiledning:*

”... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetasen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, referert i Tveiten, 2016, s. 89).

### *Motivasjon:*

”... innebærer mobilisering av energi og retning for å skape interesse og utvikle engasjement og lyst til selv å investere i bestemte aktiviteter og handlinger” (Lillemyr, referert i Karlsen, 2011, s. 220).

## 1.5 Disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler med tilhørende underkapitler. I kapittel 2 blir oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag presentert. Her blir teori om diabetes type 2, livsstilsendring, kosthold, motivasjon, MI, sykepleiefunksjon, samt etiske og juridiske rammer beskrevet. Videre i kapittel 3 blir metoden for oppgaven forklart, inkludert beskrivelse av søkehistorikk og kildekritikk. I kapittel 4 presenteres de fem forskningsartiklene som utgjør mine hovedfunn. Teori og forskningslitteratur drøftes opp mot oppgavens problemstilling i kapittel 5. Avslutningsvis blir oppgavens problemstilling besvart i kapittel 6.

## **2 Teori**

### **2.1 Diabetes type 2**

Diabetes type 2 er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved redusert produksjon av hormonet insulin i pankreas, insulinmangel, og manglende evne til å benytte seg av insulinet i cellene, insulinresistens (Kristoffersen, 2016a). I tillegg er det en overproduksjon av hormonet glukagon, som gjør at leveren produserer for mye glukose. Kroppen har et underskudd av insulin og overskudd av glukagon, som samlet gjør at blodsukkeret stiger. I starten kompenserer kroppen ved å øke insulinfrigjøringen, men over tid klarer ikke de insulinproduserende betacellene lenger å kompensere for den økende insulinresistensen. Blodsukkeret stiger langsomt over flere år og pasienten opplever lite symptomer. Det er først når blodsukkeret også blir høy på morgenen at personen kan merke symptomer på hyperglykemi, som slapphet, munntørrehet, tørste og hyppig vannlatning. Sammenlagt kan det gjøre sykdommen vanskelig å oppdage og omtrent halvparten har utviklet senkomplikasjoner allerede ved diagnosetidspunkt (Jenssen, 2016). I følge Allgot (2011) er uoppdaget diabetes et stort problem både for samfunnet og den enkeltes helse. Forebyggende tiltak tidlig i sykdomsforløpet vil bedre livskvaliteten og prognosen, samtidig som samfunnskostnadene reduseres.

### **2.2 Livsstil ved diabetes type 2**

Kristoffersen (2016a) beskriver livsstil som summen av individets vaner og handlinger som preger hverdagen over tid. Livsstilen kommer til uttrykk gjennom konteksten individet lever i og dets handlinger, interesser og verdier. I tillegg formes livsstilen av en rekke ytre faktorer som blant annet utdanningsnivå, etnisk tilhørighet, sosioøkonomisk status, kjønn og alder. Livsstil er dermed nært knyttet til personens identitet. Kosthold er en del av livsstilen og kan være en risikofaktor forbundet med sykdomsutvikling (Kristoffersen, 2016a).

I behandling av diabetes type 2 er hovedmålet å få kontroll over blodsukkeret, som på lang sikt forebygger utviklingen av senkomplikasjoner (Helsedirektoratet, 2016a). Personer med diabetes type 2 kan ofte også være overvektige (KMI over 25) og lide av fedme (KMI over 30), ha lipidforstyrrelser og hypertensjon. Kombinasjonen av to eller flere av de overnevnte kriteriene og nedsatt glukosetoleranse kalles metabolsk syndrom (Mosand & Stubberud,



2016). I slike tilfeller må tiltak rettet mot å redusere vekt, senke blodtrykket, LDL kolesterol og triglyserider også iverksettes (Jenssen, 2016). Gjennom livsstilsendring kan risikoen for sykdomsforverring og dødelighet reduseres betydelig og er derfor en essensiell del av behandlingen (Sagen, 2011).

### **2.2.1 Kostholdsråd ved diabetes type 2**

Kostholdet er den viktigste årsaken til blodsukkersvingninger hos personer med diabetes type 2 (Jenssen, 2016). Karbohydrater er den energikilden i kostholdet som påvirker blodsukkeret mest, men ulike karbohydratkilder påvirker blodsukkeret forskjellig. Noen matvarer gir rask stigning, mens andre gir en langsommere stigning. Dermed er type karbohydratkilde av stor betydning. I tillegg påvirkes blodsukkeret av mengde karbohydrat som spises, mengde kostfiber og måltidets sammensetning av fett og protein (Sjøen & Thoresen, 2012). Derfor rettes de nasjonale kostanbefalingene for diabetes mot å endre sammensetning, mengde og hyppighet i måltidene (Helsedirektoratet, 2016b). I praksis betyr disse anbefalingene å bytte ut raffinert korn som hvitt mel, ris og pasta med komplekse karbohydrater som poteter, rotgrønnsaker og fullkornsprodukter. Komplekse karbohydratkilder inneholder også mer kostfiber og gir den langsomme og gunstige blodsukkerstigningen. I tillegg bør inntaket av sukkerholdig mat og drikke begrenses og byttes ut med lettprodukter og sukkerfrie alternativer (Helsedirektoratet, 2016b).

Diabetes type 2 er forbundet med økt risiko for å utvikle hjerte- og karsykdom. Derfor anbefaler Helsedirektoratet (2016b) å begrense inntaket av mettet fett og salt i kostholdet. Et godt alternativ kan være å velge matvarer med nøkkelhullmerke, da de inneholder mindre salt, mettet fett og sukker enn andre varer i samme kategori. Plantekost inneholder mange viktige vitaminer og mineraler og er en sentral del av et sunt kosthold. Som resten av befolkningen er fem om dagen også en god regel for personer med diabetes type 2 (Aas, 2011).

Tallerkenmodellen kan være en god måte å komponere måltidene etter (Jenssen, 2016). I tillegg vil en regelmessig måltidsrytme med flere og mindre måltider bidra til et mer stabilt blodsukker gjennom dagen. En jevn måltidsrytme kan også redusere trangen til å overspise (Sjøen & Thoresen, 2012).

Oppsummert anbefaler Helsedirektoratet (2016b) at personer med diabetes type 2 følger kostrådene til den øvrige befolkningen, men at de er ekstra påpasselig med å begrense inntaket av matvarer med mye stivelse og sukker. Kostholdet, mat og måltider handler imidlertid om mer enn å dekke behovet for næringsstoffer. Det er også forbundet med glede, samhold og livskvalitet. For mange er spisevaner en viktig del av identiteten og dersom kostrådene ikke samsvarer med pasientens verdier og holdninger vil en kunne møte på motstand. Derfor bør sykepleieren tilpasse kostholdsveiledningen til den enkelte og legge til rette for at pasienten tar aktiv del i samtalen. Sykepleiers oppgave er å gjøre pasienten bevisst på hvordan kostholdet påvirker sykdommen, men det er til syvende og sist pasientens valg (Sjøen & Thoresen, 2012).

### **2.3 Motivasjon**

I følge Ivarsson (2017) er motivasjon drivkraften bak å ville gjennomføre en handling og oppnå et mål. Når pasienten skal gjennomføre en atferdsendring står han ovenfor et valg. Personen kan velge å endre sine nåværende kostholdsvaner eller ikke. Ivarsson (2017) hevder at personen må oppleve at atferdsendringen har flere fordeler enn den nåværende atferden for at endring skal finne sted.

Karlsen (2011) peker på flere ulike motivasjonsteorier som har betydning for motivasjon til livsstilsendring. En av dem er selvbestemmelsesteorien (SDT) som tar utgangspunkt i at alle mennesker har en iboende motivasjon og nysgjerrighet (Ryan & Deci, 2000). Ryan og Deci (2000) skiller mellom ytre og indre motivasjon. Når personen gjør en handling for å søke bekreftelse og belønning fra andre, er den ytre motivert. Hvis handlingen styres av egenskaper ved selve aktiviteten, defineres det som indre motivasjon fordi motivasjonen bunner i personens egne interesser. Ryan og Deci (2000) hevder at personer som drives av indre motivasjon presterer bedre, har mer utholdenhet og er mer tilfreds, enn personer som primært er drevet av ytre motivasjon. Pasienten med diabetes type 2 kan for eksempel ønske å gjøre en kostholdsendring fordi han føler på en forventning fra helsepersonellet. Mens når personen ser resultatene av kostholdsendringen og får mer overskudd i hverdagen ønsker han å fortsette. Således kan motivasjon for en bestemt aktivitet endres over tid. I følge Ryan og Deci (2000) kan også en person drives av både indre og ytre motivasjon samtidig. Personen kan velge å

spise sunnere fordi han vil unngå dårlig samvittighet, samtidig som han føler glede ved å få til de målene han har satt seg.

Ryan og Deci (2000) hevder at atferd styres av en drivkraft etter å dekke behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Når disse behovene er oppfylt blir personen tilfreds, motivert og rustet til å takle nye utfordringer. Behovet for autonomi kan i denne oppgaven handle om at pasienten tar beslutninger om å endre kosthold av egen fri vilje. Autonomi står også sentralt i dagens pasientrolle hvor en anser pasienten som et selvstendig individ med iboende ressurser, som står ansvarlig for å ta del i beslutninger omkring egen helse (Kristoffersen, 2016b). Når en person opplever atferden som meningsfull og i tråd med egne verdier vil motivasjonen til å gjennomføre styrkes. Videre handler behovet for kompetanse om opplevelsen av å ha de ressursene som skal til for å mestre atferdsendringen (Ryan & Deci, 2000). Dette underbygges av Karlsen (2011) som hevder at troen på egne evner til å mestre er helt avgjørende for å lykkes med endring. Således har sykepleier en sentral rolle i å formidle kunnskap om kosthold ved diabetes, som er tilpasset pasientens interesser og behov. I følge Ryan og Deci (2000) må også behovet for tilhørighet oppfylles for å styrke motivasjon til å gjennomføre en atferdsendring. I sykepleier-pasient relasjonen er derfor tillitt, respekt og empati viktig. Sykepleier har en viktig rolle i å støtte pasienten i endringsprosessen og gi positive tilbakemeldinger på det pasienten allerede får til. En tillitsfull relasjon, der pasienten føler seg sett og hørt som individ, vil styrke troen til å mestre (Ryan & Deci, 2000).

## **2.4 Motiverende samtale**

Motiverende samtale (MI) er en form for endringsfokusert veiledning, der pasientens syn på sin situasjon og livsstil er utgangspunktet for samtalen (Barth et al., 2013). Helsedirektoratet (2017) beskriver MI som en samtalem metode der hjelperen utforsker mottakers grad av motivasjon for endring. I følge Ivarsson (2017) er MI et godt samtaleverktøy ved livsstilsrelatert atferdsendring. Metoden er personorientert som betyr at sykepleieren ser pasienten i sin helhet og som et unik individ, med iboende ressurser, verdier og individuelle ønsker omkring egen helse og livssituasjon. Eide og Eide (2017) hevder at personorientert kommunikasjon forutsetter at hjelperen er aktivt lyttende, utforskende og anerkjennende i møte med pasientens personlige opplevelser og erfaringer. I MI tilpasser sykepleieren samtalen etter pasientens utgangspunkt og stiller spørsmål som utforsker tanker omkring

endring. Pasient og sykepleier samarbeider om et felles prosjekt, der de sammen finner frem til fremgangsmåter, delmål og mål i endringsprosessen. Det er pasienten selv som står ansvarlig for egne valg og handlinger, mens hjelperens rolle er å guide pasienten på rett vei (Barth et al., 2013).

#### **2.4.1 Ambivalens**

Barth et al. (2013) omtaler ambivalens som samtidig motstridende følelser eller holdninger til noe. I denne oppgaven handler ambivalensen om argumenter som pasienten opplever både for og mot å gjøre en kostholdsendring. Å utforske og løse ambivalensen for endring er en viktig og naturlig del av endringsprosessen, der målet er at pasienten ser flere positive enn negative sider ved kostholdsendringen (Ivarsson, 2017).

Barth et al. (2013) hevder at en måte å utforske ambivalensen på, er å sortere de positive og negative sidene ved endring fra hverandre. Ambivalensutforskning har flere viktige funksjoner i MI-samtalen. For det første bidrar ambivalensutforskningen til at sykepleier og pasient får en felles forståelse av pasientens tanker omkring kostholdsendringen. Når sykepleier får kartlagt pasientens tanker for og i mot endring, kan hun tilpasse samtalen etter hvor han er i endringsprosessen. For det andre kan ambivalensutforskning føre til at pasienten kommer et steg nærmere en beslutning, fordi han føler mer forpliktelse ovenfor det han selv sier (Miller & Rollnick, 2016).

#### **2.4.2 Grunnleggende holdninger i MI**

MI bygger på fire grunnleggende holdninger: partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling.

*Partnerskap* handler om en grunnleggende respekt for den andre. I MI samarbeider to likeverdige parter om et felles mål, der sykepleieren fungerer som ledsageren. Hun er oppmerksomt tilstede i samtalen, er anerkjennende og viser interesse ovenfor pasientens tanker og erfaringer (Miller & Rollnick, 2016).

*Aksept* i MI handler om å vise empati gjennom å søke å forstå den andres perspektiv, uten å nødvendigvis være enig. Det er pasientens autonomi og motivasjonsprosess som utgjør rammen for samarbeidet. Med en ikke-dømmende holdning forsøker sykepleieren å skape en atmosfære hvor pasienten føler seg akseptert for den han er, med både svakheter og styrker (Barth et al., 2013).

*Medfølelse* handler om en grunnleggende intensjon om ønske den andre vel. Sykepleieren formidler dette gjennom hennes anerkjennende og respektfulle holdning. Dette er viktig for at pasienten skal opparbeide seg tillit til sykepleieren. Endringsprosessen skal skje på pasientens premisser og ønsker, mens sykepleierens oppgave er å lede han på rett vei (Miller & Rollnick, 2016).

*Fremkalling* i MI handler om å hente frem pasientens positive egenskaper fremfor de negative. Pasienten har allerede en iboende motivasjon, nødvendige egenskaper og ressurser. Sykepleierens oppgave er å fremkalle dem. For at dette skal fungere i praksis må sykepleieren ha forståelse for den andres perspektiv, og tilpasse samtalen etter hans læreforutsetninger (Miller & Rollnick, 2016).

#### **2.4.2 Kommunikasjon i MI**

I MI stiller sykepleieren mest mulig åpne spørsmål som inviterer pasienten til å dele sine tanker og følelser omkring egen livssituasjon (Ivarsson, 2017). Åpne spørsmål starter ofte med ord som hvordan, hva, hvorfor og fortell. Det kan for eksempel være: "Hvordan føler du det har gått siden sist vi snakket sammen?". Når sykepleier stiller åpne spørsmål viser hun at hun er interessert i å lytte til pasientens tanker. Å vise nysgjerrighet og interesse ovenfor den andre, er avgjørende for å etablere tillit og et godt samarbeid. En annen måte å innhente informasjon fra den andre er gjennom lukkede spørsmål. Dette er spørsmål som ofte gir ja eller nei svar. Lukkede spørsmål kan også brukes til å bekrefte eller avkrefte noe (Eide & Eide, 2017). Eksempelvis: "Har du klart å gjennomføre målet du satt deg siden sist?". Selv om dette er et lukket spørsmål, er det også et spørsmål som bidrar til å innhente relevant informasjon og avklare hvorvidt pasienten har gjennomført målet sitt eller ikke. Sykepleier sier "ditt mål" for å tydeliggjøre at det er pasientens ansvar (Ivarsson, 2017).

Speiling og refleksjoner har en sentral funksjon i MI-samtalen. Sykepleieren kan enten gjenta ordrett det pasienten har sagt, eller med andre ord av samme betydning. Hun kan også forsøke å sette ord på den underliggende meningen i det pasienten uttrykker verbalt eller nonverbalt. Speiling bidrar til at pasienten får bekreftet at sykepleieren lytter til hva han sier og sykepleieren får kontrollert at hun har forstått han riktig. På denne måten bidrar refleksjoner og speiling til en felles forståelse av pasientens tanker, samtidig som det stimulerer til at pasienten kan utdype sine tanker omkring endring. Speiling og refleksjoner er også en måte for sykepleieren å styre samtalen etter, ved at hun bevisst velger hva hun legger vekt på (Eide & Eide, 2017).

En annen kommunikasjonsmetode som ofte blir brukt i MI, er oppsummeringer. Sykepleieren oppsummerer det pasienten har sagt i et lenger referat for å klargjøre det som har blitt sagt. Oppsummeringer brukes ofte når sykepleieren ønsker å avslutte et tema i samtalen og gå over på et annet (Ivarsson, 2017).

Mæland (2016) forteller at nøkkelen til god kommunikasjon er at hjelperen evner å tolke det den andre formidler. I følge Eide og Eide (2017) kommer ofte helsebekymringer til uttrykk gjennom indirekte antydninger og hint. Derfor kan sykepleieren innhente mye viktig informasjon ved å tolke pasientens kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk. I følge Kristoffersen (2016c) er kroppsspråk en sentral del av aktiv lytting. Dette innebærer å ha øyekontakt, gi respons på det den andre sier og være oppmerksomt tilstede under hele samtalen. Et bevisst bruk av pauser er også viktig del av aktiv lytting. En slik tilnærming kan stimulere pasienten til å reflektere og eventuelt dele mer av det han har på hjertet (Eide & Eide, 2017).

For å styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient er også ubetinget bekreftelse og anerkjennelse viktig (Eide & Eide, 2017). Bekreftelse er en måte å vise ovenfor den andre at en har troen på personens egenskaper og ressurser til å nå målet han har satt seg. Det er også en måte å uttrykke empati, og kan bidra til å forsterke pasientens motivasjon til endring (Ivarsson, 2017).

## **2.5 Sykepleiefunksjon**

I følge Nortvedt og Grønseth (2016) kjennetegnes sykepleierens kliniske yrkesutøvelse ved flere ansvars- og funksjonsområder, deriblant sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon. I møte med diabetespasienten skal sykepleieren igangsette tiltak som bidrar til å forebygge sykdomsforverring og styrke pasientens iboende ressurser som fremmer livskvalitet og helse. Forebygging deles inn i primær, sekundær og tertiær. Tertiær forebygging handler om å begrense og hindre sykdomsforverring og er derfor sentralt i møte med pasientgruppen i denne oppgaven (Nortvedt & Grønseth, 2016).

I følge Kristoffersen (2016c) er også veiledning en sentral del av sykepleierens funksjon. Tveiten (2016) definerer veiledning som et paraplybegrep som inkluderer informasjon, veiledning, undervisning og rådgivning. Videre blir veiledning omtalt som en formell, pedagogisk og relasjonell prosess, der makt i form av kunnskap overføres fra veilederen til pasienten. Veiledning er en prosess som skjer på pasientens premisser, der sykepleieren møter pasienten der han er og tilpasser samtalen etter mottakerens behov. Hensikten med veiledningen er å styrke pasientens mestringskompetanse gjennom læring, bevisstgjøring og refleksjon (Kristoffersen, 2016b). For at sykepleieren skal kunne styrke pasientens mestringskompetanse må hun kartlegge behovet for veiledning og kunnskap, opplevde utfordringer i forbindelse med kostholdsendringen og bli kjent med hans iboende ressurser. Samlet er målet med veiledningen å gjøre pasienten i stand til å foreta selvstendige avgjørelser omkring egen helse (Mæland, 2016). Helsedirektoratet (2016a) viser til forskning som underbygger viktigheten av å tilby grundig opplæring til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. Videre hevder Helsedirektoratet (2016a) at god opplæring i egen sykdom bidrar til å forebygge senkomplikasjoner, bedrer etterlevelsen og styrker mestringsfølelsen.

## **2.6 Juridiske og etiske aspekter**

I følge spesialisthelsetjenesteloven §3-8 (1999) er sykehusene blant annet pliktet til å ivareta pasientbehandling og opplæring av pasienter. Pasientopplæringen har til hensikt å gjøre pasienten i stand til å håndtere hverdagen med diabetes og er derfor en helt avgjørende del av behandlingen (Graue & Haugstvedt, 2011). Videre skal pasientopplæringen bidra til økt sykdomsinnsikt, som gjør pasienten i stand til å ta gode beslutninger omkring egen helse.

Således må sykepleier sikre at pasienten får nødvendig informasjon tilpasset hans læreforutsetninger. Nødvendig informasjon innebærer kunnskap om sykdommen, dens mulige risikofaktorer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Sykepleier skal også gi informasjon om tjenestetilbudet som gjør at pasienten kan ivareta egne rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasienten har rett til å motsi seg helsehjelp, men da er sykepleier ansvarlig for å sikre at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1).

I likhet med alt annet helsepersonell er sykepleieren på poliklinikken underlagt taushetsplikten, som betyr at hun ikke har lov til å dele informasjon om pasienten uten hans samtykke. Med andre ord er sykepleieren ansvarlig for å hindre at andre får kjennskap til opplysninger om pasientens ”legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold” (Helsepersonelloven, 1999, §21).

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står sykepleierens ansvars- og funksjonsområder nedfelt. I punkt 2.1 fremgår det at sykepleieren er ansvarlig for en sykepleiepraksis der hun forebygger at pasientens sykdomstilstand forverres, samtidig som hun iverksetter tiltak som bidrar til å fremme pasientens helse (Norsk sykepleierforbund, 2011). I relasjon til min oppgave handler helsefremming om å motivere pasienten til å endre kosthold.

Brukermedvirkning står også sentralt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieren på poliklinikk er ansvarlig for å gi tilstrekkelig informasjon, som er tilpasset pasientens læreforutsetninger. Informasjonen har til hensikt å styrke pasientens kompetanse til å ivareta egen helse, som igjen gjør pasienten bedre rustet til å ta kvalifiserte beslutninger (Norsk sykepleierforbund 2011).



### 3 Metode

I følge Dalland (2017) er metode et redskap for å undersøke og besvare en problemstilling, der målet er å finne frem til ny kunnskap. Metoden forteller oss hvilken fremgangsmåte en skal ta i bruk, for å innhente og etterprøve kunnskap.

#### 3.1 Beskrivelse av metode

På bakgrunn av høgskolens rammer for bacheloroppgaven er dette en litterær oppgave. En litterær oppgave tar utgangspunkt i eksisterende forskning og faglitteratur om et bestemt tema. Valgt fag- og forskningslitteratur har til hensikt å belyse og besvare min problemstilling (Dalland, 2017).

#### 3.2 Litteratursøk og søkestrategi

Forskningsartiklene har jeg funnet i databasen PubMed. PubMed er en av verdens største medisinske søkedatabaser og brukes blant helsepersonell (Thidemann, 2015). Jeg anser PubMed som en pålitelig database, da den er anbefalt på skolens nettside. Jeg anvendte nettsiden til norsk mesh for å finne gode emneord. Søkeordene ”focus groups”, ”nurse” og ”qualitative” ble skrevet inn som fritekst for å spesifisere søket til sykepleiefaglige kvalitative artikler. ”Behavioural changes” og ”life style changes” ble funnet gjennom andre artikler på lignende temaer, som benyttet disse som emneord. Når jeg hadde funnet relevante søkeord til min problemstilling skrev jeg de inn i et PICO skjema.

##### 3.2.1 PICO skjema

Population/patient	Intervention	Comparison	Outcome
Diabetes mellitus type 2	Motivational interviewing	Life style	Life style changes
Diabetes	Focus groups	Diet	Motivation
Nurse	Qualitative		Behavioural changes
			Self care
			Healthy lifestyle

### 3.2.2 Søkehistorikk

Den understående tabellen viser min søkehistorikk til de fem hovedartiklene som jeg har valgt å inkludere i denne litterære oppgaven. Funnene i artiklene blir senere presentert i kapittel 4.

I søk nummer 2 fant jeg to forskningsartikler som jeg har valgt å inkludere.

Nr.	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Utvalgt artikkel	Dato
1	PubMed	Life style AND Diabetes AND Motivational Interviewing AND Nurse	Fulltekst Fagfelleurdert Publisert: 2009- 2019 Engelsk språk	17	Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh (2014). "Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study."	11/2- 19
2	PubMed	Diabetes mellitus type 2 AND Motivation AND Self care AND Focus groups	Fulltekst Fagfelleurdert Publisert: 2009- 2019 Engelsk språk	32	Dellasega, Añel-Tiangco & Gabbay (2012). "How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing."  Oftedal, Karlsen & Bru (2010a). "Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes."	10/3- 19
3	PubMed	Diabetes mellitus type 2 AND Healthy Lifestyle AND Motivation AND Diet AND Qualitative	Fulltekst Fagfelleurdert Publisert: 2009- 2019 Engelsk språk	9	Sebire et al. (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."	19/3- 19
4	PubMed	Diabetes mellitus type 2 AND Self care AND Life style AND Qualitative AND Diet	Fulltekst Fagfelleurdert Publisert: 2009- 2019 Engelsk språk	15	Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk (2013). "Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self- management educations: a qualitative study."	19/3- 19

### **3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

For å besvare min problemstilling har jeg kun inkludert artikler som undersøker pasienter med diabetes type 2 sine erfaringer med motivasjon, motiverende samtale, livsstilsendring og kostholdsendring. Videre måtte artiklene ha et sykepleiefaglig perspektiv, være fagfellevurdert, skrevet på engelsk eller norsk og tilgjengelig i full tekst. For at forskningen skal være oppdatert og gjeldende, har jeg valgt artikler som er publisert i løpet av de siste 10 årene. Jeg ønsket helst å finne artikler som hadde spesialisthelsetjenesten som kontekst. For at funnene i studiene skal være overførbare til det norske helsevesenet, har jeg valgt studier som fortrinnsvis er fra Norden eller andre vestlige land.

For at artiklene skal kunne besvare min problemstilling, har jeg ekskludert artikler som undersøker sykepleiers erfaringer.

### **3.4 Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode har til hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, erfaringer og opplevelser ved et fenomen (Thidemann, 2015). Siden min problemstilling fokuserer på pasienter med diabetes type 2 sine erfaringer, har jeg valgt å kun inkludere kvalitative artikler. Innen kvalitativ forskning samles ofte dataene inn gjennom intervju, både i grupper (fokusgruppeintervju) og en til en (individuelle intervjuer). Fokusgruppeintervju er intervjuer med flere informanter samtidig, der formålet er å få frem et mangfold av synspunkter blant informantene om et spesifikt tema. Ved individuelle intervjuer blir en informant intervjuet av gangen, som gir mer dybdeforståelse av enkeltpersoners erfaringer og meninger (Leseth & Tellmann, 2018). To av de valgte artiklene i denne oppgaven anvender fokusgruppeintervju, en artikkel bruker både individuelle- og fokusgruppeintervjuer og to av dem bruker individuelle intervjuer som metode.

### **3.5 Faglitteratur**

I arbeidet med bacheloroppgaven har jeg først kartlagt hvilken litteratur som finnes om diabetes type 2, kostholds- og livsstilsendring, motivasjon og motiverende samtale. For å

finne relevant faglitteratur har jeg søkt i databasen Oria på LDH sitt bibliotek. I tillegg har jeg anvendt nettsidene til Lovdata, Norsk Sykepleierforbund, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Oppgaven har både primær- og sekundærkilder, men jeg har fortrinnsvis tilstrebet å bruke primærlitteratur for å unngå feiltolkning. Alle kildene er skrevet av fagpersoner, noe som bidrar til å styrke deres troverdighet. For å sikre at litteraturen er oppdatert og gjeldende i dagens helsetjeneste, har jeg valgt kilder som er utgitt de siste 10 årene.

### **3.6 Kildekritikk**

I følge Dalland (2017) handler kildekritikk om å vurdere kildenes troverdighet og relevans for oppgavens problemstilling og tema.

Forskningslitteraturen som er inkludert i denne oppgaven handler om pasienter med diabetes type 2 sine erfaringer med livsstilsendring/kostholdsendring, motivasjon og motiverende samtale, som gjenspeiler min problemstilling. Alle artiklene hevder at de er skrevet på bakgrunn av faglig interesse og behov, med et objektivt syn. For at forskningsartiklene skal være overførbare til det norske helsevesenet har jeg fortrinnsvis valgt studier fra nordiske land, men også fra vestlige land som England og USA. Artiklene er skrevet på engelsk som kan potensielt føre til feiltolkninger ved oversettelse til norsk. Forskningsartikkelen av Ryan og Deci (2000) er inkludert til tross for at den er over 10 år gammel. Jeg anser likevel denne forskningsartikkelen som relevant og oppdatert da den handler om selvbestemmelsesteorien, som er en anerkjent motivasjonsteori av Ryan og Deci (2000). Selvbestemmelsesteorien brukes fortsatt i dag og er en primærkilde.

Gjennom sykepleiestudiet har jeg fått lite trening i å utføre søk, som kan føre til at valgt forskningslitteratur ikke er den mest aktuelle på området. Jeg har forsøkt etter beste evne å finne gode søkeord ved å bruke PICO skjema og mesh ord. Mine søk hadde imidlertid få treff, noe som kan tyde på at søkene var spesifikke opp mot problemstillingen.

Fagbøker er sekundærkilder da de presenterer oppsummert forskning og faglitteratur på et bestemt området. Derfor må en ta høyde for mulige feiltolkninger av primærkilden.

På bakgrunn av min problemstilling har jeg valgt å inkludere kvalitative forskningsartikler. Inkluderte forskningsartikler fokuserer ikke på fasene i endringsprosessen og blir derfor ekskludert. Til forskjell fra kvantitative studier, har ikke kvalitative studier til hensikt å generalisere (Dalland, 2017). Når jeg har valgt å avgrense til kvalitative forskningsartikler vil det påvirke min videre drøfting og vinkling av tema. Imidlertid anser jeg denne vinklingen som nødvendig når min problemstilling handler om pasienters erfaringer.

I likhet med pasientgruppen i denne oppgaven undersøkte Sebire et al. (2018) pasienter med nyopplaget diabetes type 2 sine erfaringer med motivasjon til livsstilsendring. Studien undersøker imidlertid motivasjon for livsstilsendring generelt, i motsetning til min problemstilling, som undersøker motivasjon til kostholdsendring. I denne oppgaven har jeg likevel valgt å inkludere studier som undersøker erfaringer med livsstilsendring i sin helhet (Sebire et al., 2018; Oftedal, Karlsen & Bru, 2010a; Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk, 2013; Dellasega, Añel-Tiangco & Gabbay, 2012; Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh, 2014). Fordi kosthold er en del av livsstilen, antar jeg at erfaringer med motivasjonen til å endre livsstil, kan overføres til erfaringer med å endre kosthold. Til tross for at studiene ikke spesifikt undersøker kosthold, inkluderer studiene fortsatt erfaringer med kostholdsendring.

Studien til Rise et al. (2013) baseres på erfaringer med livsstilsendring etter deltakelse i lærings- og mestringskurs på to sykehus i Norge. På kursene underviste et tverrfaglig team, som sykepleieren var en del av. Selv om studien har en annen kontekst enn min oppgave anser jeg likevel artikkelen som relevant, fordi den handler om hva som gjør at personer med diabetes type 2 klarer å gjennomføre og opprettholde en livsstilsendring. Likevel kan funnene være annerledes enn om studiens kontekst var individuelle MI-samtaler med sykepleier på poliklinikk. Derfor har jeg vært bevisst på forskjellene i kontekst når jeg har inkludert funn fra Rise et al. (2013).

### **3.6.1 Ethiske vurderinger**

I arbeidet med denne bacheloroppgaven har jeg fulgt retningslinjer for oppgaveskriving. Arbeid som er gjort av andre har jeg kreditert gjennom APA 6th. Gjennom sykepleierstudiet har jeg ikke fått praksiserfaring med oppgavens tema. Derfor blir ikke egne erfaringer fra praksis inkludert. Likevel anvendes min teoretiske kunnskap og vurderingsevne, som jeg har tilegnet meg gjennom sykepleiestudiet.

## 4 Presentasjon av forskningsartikler

I den understående tabellen blir de fem inkluderte forskningsartiklene presentert. Disse artiklene utgjør mine hovedfunn i denne litterære oppgaven, og funnene vil bli diskutert i kapittel 5.

Nr.	Forfatter /år	Tittel	Tids-skrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Sebire, Toumpakari, Turner, Cooper, Page, Malpass & 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	Å undersøke hvordan pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 opplever ulike former for motivasjon ved livsstilsendring basert på SDT-teorien av Ryan og Deci.	Kvalitativ studie, halvstrukturerte individuelle intervjuer av 30 voksne pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. (18 kvinner og 12 menn) Alder: 40-72 år.	Stor variasjon i motivasjon til livsstilsendring. Viljestyrt og indre motivasjon førte til at atferdsendringene ble integrert som nye vaner. Funnene viser viktigheten av å forstå pasientenes opplevelse, hva som er kilden til motivasjon for livsstilsendringen og at man velger intervensjon basert på pasientens kilde til motivasjon.
2	Dellasega, Añel-Tiangco & Babbay. (2012)	How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing	Diabetes Research and Clinical Practice	Å finne ut hvordan pasienter med type 2 diabetes opplever MI som intervensjon for å fremme en positiv livsstilsendring.	Kvalitativ metode, fire fokusgrupper bestående av til sammen 19 personer med diabetes type 2. Studien er basert på en tidligere RCT studie.	Informantene var positive til MI. De ønsket å bli møtt med en ikke-dømmende holdning, bli sett og hørt som individ, oppleve engasjement, autonomi, delta i planlegging og målsetting. De ønsket bekreftelse og støtte fremfor korrigerende.
3	Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh. (2014)	Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing : a qualitative study	BMC Nursing	Å beskrive hvordan pasienter i primærhelsetjenesten opplever helseveiledning basert på motiverende samtale.	Kvalitativ metode, individuelle intervjuer av 16 pasienter som blir fulgt opp av sykepleier, 6 kvinner og 10 menn, alder fra 28 til 77 år.	Helseveiledning med MI teknikker kan fremme motivasjon til livsstilsendring med disse betingelsene tilstede: Partnerskap, autonomi, personsentrert, ikke-dømmende

						holdning, støtte, positiv innstilling, bekreftelse, fremme ønske om endring.
4	Oftedal, Karlsen & Bru. (2010a)	Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes	Journal of Clinical Nursing	Identifisere hvordan livsverdier kan påvirke etterlevelse av sykdommen hos personer med diabetes type 2 og finne ut om livsverdier kan komme i konflikt med selvreguleringen	Kvalitativ metode, fokusgruppe intervjuer, 19 voksne med diabetes type 2 som har levd med sykdommen i minst 1 år. Alder: 30-65 år gjennomsnitt 51 år. 12 menn og 7 kvinner.	Livsverdier har stor innflytelse på selvregulerende atferd og kan påvirke motivasjon til livsstilsendring. Identifiserte 6 temaer: opprettholde god helse, kroppslig velvære, tilhørighet, selvbestemmelse, positivt kroppsbilde, bevare evnen til å jobbe. Støtter viktigheten av å bli kjent med pasientens verdier og tilpasse målene etter det.
5	Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk. (2013)	Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study	PLOS ONE	Å undersøke hvordan pasienter med diabetes type 2 utfører og vedlikeholder livsstilsendringer etter deltakelse i gruppebasert læring og mestringsprogram på et sykehus i midt Norge.	Kvalitativ metode, semistrukturerte fokusgruppe intervjuer og individuelle intervjuer, 23 pasienter med diabetes type 2. Gj.snitt alder 58 år.	Tre faktorer ble indentifisert som var viktig for å endre livsstil: tilegne ny kunnskap, ta ansvar, støtte fra andre. Fire faktorer motiverte dem til å opprettholde endringer: støtte fra andre, se resultater av endringene, frykt for komplikasjoner, dannelse av nye vaner. Vanskelig å gjøre flere endringer på en gang. Grad av motivasjon har stor betydning for atferdsendring.

## 5 Drøfting

I dette kapittelet skal følgende problemstilling drøftes opp mot valgt fag- og forskningslitteratur: Hvilke erfaringer har pasienter med diabetes type 2 ved bruk av motiverende samtale, for å fremme motivasjon til kostholdsending?

### 5.1 Verdier, målsetting og motivasjon

I følge Ivarsson (2017) er motivasjon drivkraften bak å ville gjennomføre en handling og oppnå et mål. Oftedal et al. (2010a) hevder at verdier er nært knyttet til motivasjon og kan påvirke pasientens mål om å endre livsstil. Funnene i studien viste at å bevare god helse var den viktigste motivasjonsfaktoren for å gjennomføre en livsstilsending. Med andre ord kan god helse være et mål ved livsstilsending. Til tross for at å opprettholde god helse var viktig, opplevde deltakerne at slike generelle mål var for altomfattende til at de klarte å opprettholde motivasjonen over tid. Studien viste imidlertid at spesifikke og tidsbestemte mål var lettere å forholde seg til og økte sannsynligheten for at de gjennomførte. Denne oppgaven tar for seg kostholdsending, som er et mer spesifikt mål, enn å endre flere områder av livsstilen samtidig. På bakgrunn av funnene til Oftedal et al. (2010a) er det derfor rimelig å anta at det er større sjanse for at personen lykkes med endring, når fokuset kun er kostholdsending. I studien til Oftedal et al. (2010a) hadde likevel de fleste deltakerne ingen spesifikke mål, men noen av deltakerne fulgte en kostholdsplan. De opplevde at kostholdsplanen ga umiddelbare resultater fordi maten ga dem en følelse av velvære og bidro til mer overskudd i hverdagen. Derfor var også kroppslig velvære og evnen til å kunne mestre hverdagen sentrale verdier for deltakerne. Samtidig viste studien til Oftedal et al. (2010a) at det å sette konkrete mål kan oppleves som utfordrende når målene ikke er forenlig med personens verdier. Eksempelvis var evnen til å kunne jobbe en sentral motivasjonsfaktor for noen av deltakerne. På den ene siden var frykten for å miste jobben på grunn av sykdommen forbundet med bedre selvregulering. På den annen side kunne stress og hindringer på jobben medføre vanskeligheter med å opprettholde livsstilsendingen. Således kan verdien om å bevare evnen til å jobbe komme i konflikt med verdien om å bevare god helse. På denne måten indikerer studien til Oftedal et al. (2010a) at ulike verdier kan komme i konflikt med motivasjon til livsstilsending ved diabetes type 2. Studien underbygger derfor viktigheten av å kartlegge pasientens verdier, grad av motivasjon for endring og livssituasjon for øvrig. Ved å formulere



mål som er realistiske og i tråd med pasientens verdier, kan motivasjonen for kostholdsending styrkes.

Gjennom en kostanamnese kan sykepleier kartlegge sammensetningen, mengden og måltidsrytmen til pasienten (Aas, 2011). Eksempelvis kan ett funn fra kostanamnesen være at pasienten drikker rundt to liter Coca-Cola hver dag. Sukkerholdig drikke gir rask stigning i blodsukkeret og en slik vane kan bidra til å øke risikoen for senkomplikasjoner. Derfor anbefaler Helsedirektoratet (2016b) å bytte til sukkerfrie alternativer. Det ideelle målet vil være at pasienten slutter å drikke sukkerholdig brus, men for mange kan et slikt mål være urealistisk å opprettholde i lengden. Istedenfor samarbeider sykepleier og pasient om å formulere realistiske mål og delmål. Et realistisk delmål i første omgang kan være å redusere brusinntaket til en liter per dag og erstatte resten av væskebehovet med sukkerfri drikke eller vann. Dersom pasienten opplever å få til dette målet vil hans mestringskompetanse styrkes, noe som vil øke sannsynligheten for at han ønsker å fortsette med kostholdsendingen (Tveiten, 2016). Over tid kan pasienten gjøre flere endringer i kostholdet, som på sikt kan gi større resultater, både for livskvaliteten og helsen for øvrig.

Ryan og Deci (2000) hevder at når personer motiveres av egenskaper ved selve aktiviteten; indre motivasjon, blir personen mer tilfreds og får bedre resultater, enn om aktiviteten er ytre motivert. Studien til Sebire et al. (2018) viste imidlertid at personer med nyoppdaget diabetes type 2 erfarer stor variasjon i type motivasjon. Deltakerne i studien opplevde i størst grad en mer kontrollert og ytrestyrt form for motivasjon når de skulle gjennomføre en livsstilsending. Motivasjonen bunnet i andres forventninger til dem, ønsker om å være pliktoppfyllende eller redusere dårlig samvittighet. De følte seg avhengig av støtte fra helsepersonellet og uttrykte bekymring med å opprettholde livsstilsendingene på egenhånd (Sebire et al., 2018). I følge Ryan og Deci (2000) kan motivasjonen for en bestemt aktivitet endres over tid. Studien til Sebire et al. (2018) støtter denne antagelsen om motivasjon, nettopp fordi motivasjon i artikkelen til Sebire et al. (2018) ble beskrevet som et dynamisk fenomen. Når deltakerne opplevde mestring og fremgang av livsstilstiltakene, ble ønsket om å fortsette endringen styrket. På denne måten tyder funnene på at å oppleve at kostholdsendingene gir resultater bidrar til å fremme motivasjon, og til å vedlikeholde endringene over tid (Sebire et al., 2018).

Deltakerne i studien til Sebire et al. (2018) hadde som alle andre pasienter som deltar i forskning, samtykket til å delta i en studie om livsstilsending. Derfor er det rimelig å anta at

deltakerne allerede var positivt innstilt på å gjøre en endring, siden de nettopp takket ja til deltakelse. Det at pasientene selv var innstilt på å gjøre endring kan ha påvirket resultatene i studien i form av at deltakerne kanskje var mer motivert, enn for eksempel pasienter som blir henvist av fastlegen til en poliklinikk. Likevel viste studien et stort spenn i motivasjon for endring ved nyoppdaget diabetes type 2, noe som trolig kan gjenspeile pasientene sykepleier møter på poliklinikken.

I MI-samtalen anvender sykepleier kommunikasjonsteknikker som bidrar til å synliggjøre pasientens positive egenskaper og ressurser gjennom fremkalling. Hun er oppmerksomt tilstede og lytter til hva pasienten har på hjertet; aktiv lytting (Miller & Rollnick, 2016). Når positive egenskaper kommer til uttrykk speiler sykepleier det hun tolker at pasienter sier enten ordrett eller ved å sette ord på den underliggende meningen (Eide & Eide, 2017). Eksempelvis kan pasienten ha et mål om å spise komplekse karbohydrater til middag og lunsj, istedenfor raffinerte karbohydrater. Sykepleier: ”Kan jeg be om lov at du forteller meg om hvordan det har gått med målet du satte deg ved forrige samtale?” Når sykepleier sier ”målet du satte deg” blir pasientens ansvar for å endre kosthold tydeliggjort. Samtidig som pasientens autonomi ivaretas ved å be om lov før sykepleier stiller flere spørsmål. Pasient: ”Ja. Det gikk ikke så bra i starten, men de tre siste dagene har jeg klart å bytte ut det hvite brødet til lunsj med fullkornsbrød og den hvite risen med grønnsaker til middag.” Sykepleier bekrefter og anerkjenner det pasienten forteller: ”Du er en sterk person. Det du har fått til kan du være stolt av.” I følge Eide og Eide (2017) kan ros og anerkjennelse fra sykepleier bidra til økt mestringsfølelse hos pasienten. Sykepleier stiller utdypende spørsmål: ”Hvordan syntes du det var å spise mer grove kornprodukter og grønnsaker?” Pasienten: ”Det var egentlig ikke så vanskelig som jeg trodde. Jeg følte meg mye lettere i kroppen enn når jeg spiser på McDonalds’.” Sykepleier speiler tilbake: ”Du opplever at å spise mer grønnsaker og grove kornprodukter bidrar til at du føler deg vel og gir mer overskudd enn når du spiser på McDonalds’?” På denne måten får pasienten bekreftet at sykepleieren er interessert og lytter til han. Sykepleieren speiler, reflekterer og oppsummerer det pasienten uttrykker i MI-samtalen, som bidrar til at de får en felles forståelse av pasientens tanker og opplevelser. I tillegg bidrar kommunikasjonsteknikkene i MI til at sykepleieren kan styre samtalen med en anerkjennende og respektfull holdning (Ivarsson, 2017). I det overnevnte eksempelet velger sykepleier å vektlegge pasientens positive opplevelser med kostholdsendringen og bekrefter dette ovenfor pasienten. Studien til Brobeck et al. (2014) viste nettopp at bekreftelse og anerkjennelse fra sykepleier bidro til økt mestringsfølelse og troen på egne ressurser til å gjøre

endringer. Når pasienten får anledning til å snakke høyt om sine positive opplevelser med kostholdsending kan det bidra til å forsterke hans motivasjon til å fortsette (Ivarsson, 2017).

## **5.2 Rett til nødvendig informasjon, selvbestemmelse og kunnskap**

På poliklinikken har pasienten rett på nødvendig informasjon tilpasset hans læreforutsetninger. Informasjonen og kunnskapen skal bidra til at pasienten får økt sykdomsinnsikt, som gjør han i stand til å ivareta egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Likeledes er sykepleieren ansvarlig for å fremme pasientens mulighet til å foreta selvstendige avgjørelser og respektere hans valg (Norsk sykepleierforbund, 2011). I følge Allgot (2011) er kunnskap om sykdommen en forutsetning for at pasienten tar helsefremmende valg. Tveiten (2016) presiserer imidlertid at pasientens autonomi forutsetter at han er i stand til å forstå informasjonen som gis. Pasienten har også rett til å motsi seg helsehjelp, men da er sykepleier ansvarlig for å informere om konsekvensene det kan ha for hans helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). I møte med pasienter med diabetes type 2 vil helsetilstanden også omfatte hvordan kosthold påvirker blodsukkeret og sykdommen.

Dellasega et al. (2012) undersøkte pasienter med diabetes type 2 sine erfaringer med MI-samtale for å motivere til livsstilsending. Resultatene i studien viste at økt kunnskap om sykdommen gjorde deltakerne i stand til å sette realistiske mål og styrket deres kompetanse og innsikt i egen helsetilstand (Dellasega et al., 2012). Deltakerne i studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) erfarte imidlertid utfordringer knyttet til å overføre kunnskapen til hverdagen. De savnet å få flere praktiske råd om å tilberede mat og hvilken mat som var bra for helsen og ikke. I henhold til kostholdsrådene fra Helsedirektoratet (2016b) kan sykepleier eksempelvis forslå at pasienten komponerer måltidene etter tallerkenmodellen og at han velger matvarer med nøkkelhullmerke. Gjennom å kartlegge pasientens behov for kunnskap, kan sykepleier tilpasse kostholdsrådene etter hva han trenger for å opprettholde kostholdsendingene i hverdagen, og komme med konkrete råd og forslag som pasienten kan evne å etterfølge.

Imidlertid viste studien til Rise et al. (2013) at kunnskap om sykdommen og dens mulige komplikasjoner ikke nødvendigvis førte til endring. Funnene indikerte at dersom deltakerne opplevde det sunne kostholdet som tidkrevende eller ikke forsto sykdommens alvorlighet, så

de ikke behov for endring. Eksempelvis fortalte en deltaker at han ikke var motivert for endring fordi han ønsket å leve et normalt liv. En annen deltaker opplevde informasjonen som mer forvirrende enn oppklarende. Derimot opplevde andre deltakere at kunnskapen ga oversikt og kontroll over hva et sunt kosthold innebærer, som igjen gjorde det lettere å ta gode valg i hverdagen (Rise et al., 2013). Selv om sykepleieren er ansvarlig for å formidle kunnskap og hjelpe pasienten til å ta helsefremmende valg, betyr ikke det nødvendigvis at pasienten ønsker det samme. På den ene siden besitter sykepleier kunnskap om hvilke konsekvenser det kan ha dersom pasienten ikke tar grep i eget kosthold. På den andre siden har pasienten kunnskap om hvilke krav han møter i hverdagen og hvordan han ønsker å leve. På bakgrunn funnene til Rise et al. (2013) er det derfor viktig at sykepleier tilpasser den medisinske kunnskap med pasientens læreforutsetninger. Sykepleieren er ansvarlig for å forsikre seg om at pasienten forstår informasjonen som gis, samtidig som pasientens selvbestemmelse gir han frihet til å bestemme over egen helse. Betydningen av personsentrert veiledning og ivaretagelse av pasientens selvbestemmelse for å fremme motivasjon til livsstilsendring, kan underbygges av studien til Brobeck et al. (2014). Funnene indikerte at deltakernes evne til å ta helsefremmende beslutninger ble styrket når sykepleier anvendte den personsentrerte samtalemetoden MI.

I MI anses pasienten som et selvstendig individ, med iboende ressurser og individuelle ønsker for endring. I følge Gammersvik (2018, s. 205) er pasientens medvirkning en forutsetning for at pasienten skal ta ansvar for egen helse. Betydningen av selvbestemmelse fremheves som en forutsetning for å motivere til kostholdsendring i flere studier (Ofte dal et al., 2010a; Brobeck et al., 2014; Dellasega et al., 2012). Studien til Ofte dal et al. (2010a) viser imidlertid at behovet for autonomi kan føre til at personen ikke ønsker å følge sykepleierens råd. Dersom personen ikke opplever at kostholdsendingene er meningsfulle, eller vil gi personen et bedre liv, så ikke deltakerne behovet for endring (Ofte dal et al., 2010a). Derimot opplevde andre deltakere at friheten til å ta egne beslutninger styrket deres motivasjon for endring (Ofte dal et al., 2010a). Når det gjelder funnene i studien til Brobeck et al. (2014) var visse forhold påkrevd i MI-samtalen for at selvbestemmelse førte til livsstilsendring. Deriblant var sykepleierens evne til å lytte og vise interesse for pasientens erfaringer og tanker. En deltaker fortalte at det viktigste for han er at sykepleieren er der og viser at hun bryr seg. Således bidro sykepleierens kommunikasjonsferdigheter om aktiv lytting i MI-samtalen til at pasienten følte seg sett og hørt, som igjen styrket troen på egne ressurser og egenskaper.

Å få en kronisk sykdom kan for mange oppleves som et sjokk og vil påvirke store deler av livet til den som rammes (Allgot, 2011). Studien til Oftedal et al. (2010b) viste at deltakerne hadde ulikt kunnskapsnivå om diabetes type 2. Noen av deltakerne opplevde informasjonen fra helsepersonellet som overveldende og syntes det var vanskelig å tilegne seg den nye kunnskapen. Min oppgave omhandler personer med nyopplaget diabetes type 2, mens deltakerne i studien til Oftedal et al. (2010b) hadde levd med sykdommen i minst ett år, med et gjennomsnitt på åtte år. Tatt i betraktning at pasientene i studien til Oftedal et al. (2010b) opplevde det som krevende å tilegne kunnskap om diabetes type 2, til tross for at de hadde levd med sykdommen over tid, er det rimelig å anta at pasientene som denne oppgaven fokuserer på, nemlig personer med nyopplaget diabetes type 2, kan oppleve det som utfordrende å tilegne seg ny kunnskap.

### **5.3 Ambivalens**

Ambivalens handler å oppleve motivasjon for flere ting samtidig som er i konflikt med hverandre (Miller & Rollnick, 2016). Kristoffersen (2016a) hevder at personer som skal endre kosthold ofte opplever både ulemper og fordeler. Pasientene i denne oppgaven har nyopplaget diabetes type 2. Derfor vil trolig pasienten oppleve å ha argumenter både for og i mot en kostholdsending (Ivarsson, 2017). På den ene siden kan personen være motivert for å endre kosthold fordi han ønsker å få mer overskudd i hverdagen, se barnebarna vokse opp og unngå medisinerbruk (Oftedal et al., 2010a). På den andre siden ønsker han fortsette med sitt nåværende kosthold fordi han ønsker å leve et normalt liv og spise den samme maten som andre (Oftedal et al., 2010a; Rise et al., 2013). I følge Miller og Rollnick (2016) er ambivalens en naturlig og viktig del av endringsprosessen, men følelsen kan oppleves som ubehagelig for den det gjelder. Imidlertid hevder Brobeck et al. (2014) at følelsen av ambivalens kan føre til at personen ønsker å forandre seg, nettopp fordi det oppleves som ubehagelig å ha motstridende følelser. Pasienten kan føle at han ønsker å endre kosthold, men at han mangler de riktige verktøyene til å gjennomføre. Sykepleierens rolle i MI er derfor å lokke frem pasientens ambivalens og deretter hjelpe han til å løse den (Miller & Rollnick, 2016).

I følge Brobeck et al. (2014) kjennetegner en vellykket ambivalensutforskning ved at sykepleier snakker på en måte som minimerer motstand, samtidig som hun fremkaller en

samtale omkring endring. Eksempelvis fortalte en deltaker i studien til Oftedal et al. (2010a) at han ikke ønsket å starte på medikamentell behandling, fordi han var redd for at dette skulle gå utover jobben. Etter mitt syn er denne pasienten allerede bevisst på sykdommens negative konsekvenser. Derfor kan sykepleieren i denne situasjonen be om lov fra pasienten, til å forklare hvordan en kostholdsendring kan bidra til å stabilisere blodsukkeret og dermed redusere risikoen for at han må starte på medisiner. På denne måten kan sykepleier formidle kunnskap om hvordan en kostholdsendring kan bedre pasientens prognose, samtidig som behovet for autonomi blir ivaretatt. I det overnevnte eksempelet får sykepleier både anvendt sin veiledende, helsefremmende- og forebyggende funksjon. I henhold til yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren en sentral rolle i å formidle kunnskap om diabetes type 2 og kosthold. Kunnskapen har til hensikt å veilede pasienten til å ta helsefremmende valg og dermed forebygge videre sykdomsutvikling, tertiær forebygging (Norsk sykepleierforbund, 2011). Studien til Brobeck et al. (2014) viste nettopp at MI-samtalen med sykepleier bidro til at deltakerne fikk mer innsikt i egen helsetilstand og hjalp dem til å se deres livsstil fra nye synspunkt. Resultatene i studien indikerte at når deltakerne endret sitt tankemønster, ble motivasjonen for endring styrket.

#### **5.4 Sykepleierens holdninger i MI-samtalen**

Et annet sentralt aspekt ved MI-samtalen er betydningen av at sykepleieren har en ikke-dømmende holdning (Dellasega et al., 2012). I møte med pasienten formidler sykepleier aksept, respekt og empati ovenfor hans livssituasjon, svakheter og egenskaper. Samtidig legger også MI-samtalen opp til en forventning om at pasienten skal ta helsefremmende valg (Barth et al., 2013). I dagens samfunn finnes det mye tilgjengelig informasjon om hva et sunt kosthold innebærer. Derfor er det rimelig å anta at de fleste pasientene sykepleier møter på poliklinikken er klar over at et kosthold med mye mettet fett, sukker og ferdigmat, ikke er bra for helsen. I følge Aas (2011) opplever mange personer med diabetes type 2 følelser som skam og skyld forbundet med det å få en livsstilssykdom. Når sykepleieren forsøker å lede samtalen omkring kostholdsendring, kan det vekke frem ubehagelige følelser hos pasienten, som igjen kan føre til motstand. Deltakerne i studien til Brobeck et al. (2014) påpekte at dersom sykepleier hadde kritisert deres nåværende kosthold, ville de ha sluttet i behandling. Gjennom sykepleierens aksepterende holdning, følte deltakerne seg respektert selv når de ikke

hadde lyktes med endring. Likeledes viste studien til Brobeck et al. (2014) at dersom sykepleieren stilte for høye krav eller forsøkte å overtale deltakerne til å gjøre endringer som de ikke var klare eller motivert for, kunne dette svekke motivasjon for endring. I stedet for var sykepleiers evne til å forstå deltakernes perspektiv, samtidig som hun oppfordret til å ta ansvar og støtte dem i avgjørelser omkring endring viktig (Brobeck et al., 2014). Således er de grunnleggende holdningene om respekt og empati i MI avgjørende for å fremme motivasjon til kostholdsending.

En vellykket MI-samtale innebærer å etablere en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. Til forskjell fra klinisk praksis hadde deltakerne i studien til Dellasega et al. (2012) mulighet til å kontakte sykepleier når de hadde behov for det. Deltakerne erfarte at sykepleier hadde tid til å lytte og var en viktig støttespiller. Sykepleierens tilgjengelighet, tålmodighet og tid, bidro til at deltakerne følte seg sett og hørt som individ. Dette styrket både deltakernes tillit til sykepleier og deres innbyrdes relasjon. På poliklinikken har sykepleier mindre tid og er ikke like tilgjengelig for hver pasient som deltakerne i studien til Dellasega et al. (2012). Derfor kan funnene i studien tyde på at sykepleieres tilgjengelighet bidro til å styrke tillitsforholdet. Dette kan ha forsterket deltakernes positive erfaringer med MI, da studiens metode er annerledes enn i klinisk praksis.

Et annet viktig aspekt ved å etablere en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient over tid, er taushetsplikten. Sykepleier er underlagt taushetsplikt som betyr at hun ikke har lov til å dele informasjon om pasienten, uten hans samtykke (Helsepersonelloven, 1999, §21). For at pasienten skal føle at han kan åpne seg til sykepleier, er det derfor viktig at hun informerer han om taushetsplikten. Deltakerne i studien til Brobeck et al. (2014) opplevde det som skremmende å snakke om sine livsstilsutfordringer med sykepleier. Derfor er det nødvendig at pasienten opplever sykepleier som en person han kan stole på. I lys av etikken er også prinsippet om velgjørenhet viktig for å skape tillit. Velgjørenhet handler om at sykepleier er lojal og viser med sine holdninger at hun vil pasienten beste (Brinchmann, 2016). Prinsippet om velgjørenhet kan gjenspeiles i den empatiske tilnærmingen som er en av grunnholdningene i MI. Empati i MI handler om en intensjon om å fremme pasientens interesser og velvære (Miller & Rollnick, 2016).

I dagens spesialisthelsetjeneste stilles det et økende krav om kostnadseffektivitet. Tidspresset sykepleieren jobber under påvirker hvor mye tid hun har til rådighet med hver enkelt pasient.

Derfor kan det oppstå en konflikt mellom hva sykepleieren ønsker å oppnå i MI-samtalene og hvor mye tid hun har til hver enkelt (Claudi, 2014). Når tiden er knapp kan det være fristende for sykepleier å overtale pasienten til å gjøre endring, men overtalelser kan virke mot sin hensikt, når pasienten ikke er klar for det (Brobeck et al., 2014). I følge Miller og Rollnick (2016) er MI en måte å kommunisere med andre mennesker, stille spørsmål og respondere på. Videre hevder de at korte samtaler kan gi resultater, så lenge det ikke går utover holdningssettet. Imidlertid vil korte effektive MI-samtaler kreve trening og erfaring fra sykepleierens side, slik at hun kan styre samtalen på en effektiv og god måte, noe som kan være krevende. Trolig vil lengre samtaler legge et bedre grunnlag for fremgang, samarbeid og en tillitsfull relasjon, i alle fall hvis sykepleier er uerfaren i MI (Miller & Rollnick, 2016). Studien til Sebire et al. (2018) viste at å legge om spisevaner tar tid. Derfor er det viktig at sykepleier viser tålmodighet ovenfor pasienten og tilpasser samtalen etter hvor han er i endringsprosessen.

## **5.5 Partnerskap og sosial støtte**

Partnerskap i MI handler om at sykepleier og pasient er to likeverdige parter som samarbeider mot et felles mål. Pasienten er avhengig av sykepleierens fagkunnskap om hvordan kostholdet påvirker blodsukkeret. Mens sykepleieren er avhengig av pasientens kunnskap om seg selv, for at hun skal kunne hjelpe han til å endre kosthold. Derfor er begge parter avhengig av hverandres kunnskap for at pasienten skal lykkes med kostholdsendringen. I samtalen tilrettelegger sykepleier for at pasienten er aktivt deltakende i samtalen ved å vise nysgjerrighet, stille åpne spørsmål, reflektere og oppsummere pasientens tanker omkring kostholdsendring (Miller & Rollnick, 2016). Målet er at pasienten opplever sykepleier som en god støttespiller og samtalepartner. Studien til Brobeck et al. (2014) viste at et godt samarbeidet mellom sykepleier og pasient var avgjørende for å fremme motivasjon til livsstilsendring. Støtten fra sykepleier gjorde deltakerne mer selvstendig, samtidig som de følte seg mindre alene med sine utfordringer. Deltakerne opplevde sykepleier som en god samtalepartner når hun viste medfølelse og forståelse ovenfor situasjonen pasienten var i (Brobeck et al., 2014). Studien til Sebire et al. (2018) viste imidlertid at personer med nyopplaget diabetes type 2 følte seg avhengig av støtten fra helsepersonellet og var bekymret for hvordan de skulle klare å opprettholde livsstilsendringene på egenhånd. Sykepleier må



derfor kartlegge pasientens behov for støtte og iverksette tiltak som gjør han i stand til å gjennomføre kostholdsendringene i hverdagen.

Kosthold er en levevane som personen har etablert over mange år, og er et resultat av blant annet personlige preferanser, økonomi og hverdagen for øvrig (Kristoffersen, 2016a). På bakgrunn av funnene i flere studier kan en livsstilsendring, i form av endring av kostholdet, oppleves som svært utfordrende for pasienter med diabetes type 2 (Brobeck et al., 2014; Rise et al., 2013). Prescott (2014) hevder at kun en sjettedel av diabetespasienter klarer å opprettholde livsstilsendringene over tid. Derfor vil det være hensiktsmessig å kartlegge pasientens behov for støtte og veiledning fra sykepleier, slik at han kan få den støtten han har behov for til å opprettholde kostholdsendringene. Når sykepleier har kunnskap om utfordringer med å endre kosthold kan hun vise forståelse og være en god støttespiller for pasienten.

Pårørende kan være en viktig ressurs og støttespiller. Funnene til Oftedal et al. (2010a) viste imidlertid at pårørende også kan være en hindring for livsstilsendring. Verdien om å tilhøre et felleskap var viktig for at deltakerne skulle anse livsstilsendringen som meningsfull. På den ene siden indikerer funnene til Oftedal et al. (2010a) at pårørende som ikke viser forståelse og er stigmatiserende ovenfor pasientens kostholdsendringer, kan svekke motivasjon for endring. På den andre siden vil motivasjonen bli styrket, dersom pasienten tilhører et felleskap som er engasjert og støttende (Oftedal et al., 2010a). Således kan pårørende både være en ressurs og en hindring for at personen med diabetes type 2 motiveres til å endre kosthold. Sykepleier bør derfor tilrettelegge for at pasientens behov for tilhørighet ivaretas. Dersom pasienten samtykker til det, kan et mulig tiltak være å inkludere pårørende i en samtale med sykepleier. På denne måten kan pårørende få mer kunnskap og forståelse ovenfor pasientens situasjon, som kan bidra til at pasienten også får støtte hjemmefra. Haugan og Rannestad (2018) hevder at sosial støtte er særlig viktig når personer opplever store belastninger, som det å få en kronisk sykdom er. Betydningen av støtte fra sykepleier underbygges av funnene til Brobeck et al. (2014). Deltakerne opplevde at sykepleier hadde mer forståelse og innsikt i hva det innebærer å endre livsstil, enn pårørende. Støtten fra sykepleier gjorde at deltakerne følte seg mindre alene i endringsprosessen. Studien til Rise et al. (2013) viste imidlertid at støtte fra både pårørende og helsepersonell var viktig for å forplikte seg til endring.

## 6 Avslutning

Denne litterære oppgaven hadde til hensikt å utforske hvilke erfaringer pasienter med diabetes type 2 har ved bruk av motiverende samtale, for å fremme motivasjon til kostholdsending.

Artiklene indikerer at personer med diabetes type 2 har positive erfaringer med MI, for å endre kosthold. Noe som kan tyde på at MI er en god samtalemethode sykepleieren kan ta i bruk for å motivere til kostholdsending. Når pasienten drives av indre motivasjon øker sannsynligheten for å lykkes med kostholdsending. Teori og forskning beskriver motivasjon som et dynamisk fenomen. Funnene viser imidlertid at visse forhold er påkrevd, for at MI-samtalen med sykepleier bidrar til å fremme pasientens motivasjon til å gjennomføre og vedlikeholde kostholdsendingen. Deriblant var spesifikke og tidsbestemte mål forbundet med økt motivasjon. Å endre kosthold er et mer spesifikt mål enn å endre flere områder av livsstilen samtidig. I tillegg var det viktig at målene var realistiske og individuelt tilpasset pasientens verdier, interesser og hverdag. Når deltakerne opplevde mestring, fremgang og resultater ble motivasjonen til å fortsette med kostholdsendingen styrket. Ubetinget ros og anerkjennelse fra sykepleier var også viktig for å styrke pasientens mestringskompetanse. Kosthold handler imidlertid om mer enn å dekke behovet for næringsstoffer, men er også forbundet med identitet og livskvalitet. Både teori og forskning tyder på at å endre kosthold oppleves som utfordrende.

Videre indikerte teori og forskning at holdningene og kommunikasjonsteknikkene sykepleier anvender i MI-samtalen, var viktig for å fremme motivasjon til kostholdsending hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. Deltakerne syntes det var viktig å bli møtt med en ikke-dømmende holdning, der de følte seg sett og hørt som et selvstendig individ. Støtte fra pårørende og sykepleier ble også fremhevet som avgjørende for å gjennomføre og vedlikeholde kostholdsendingen. I MI er pasientens autonomi og motivasjonsprosess utgangspunktet for samtalen, noe som betyr at det er pasientens ansvar og valg å endre kosthold. Å gjøre kostholdsendingen av egen fri vilje fremstår som avgjørende for å lykkes med endring.

For å besvare oppgavens problemstilling ble kvalitative forskningsartikler valgt. Følgelig presenterer funnene som er diskutert i besvarelsen kun pasienters subjektive erfaringer med

MI og motivasjon for kostholdsendring, og resultatene kan dermed ikke generaliseres til alle pasienter med diabetes type 2. Samtlige studier fulgte deltakerne over kort tid. I tillegg undersøkte ingen av studiene pasientenes erfaringer med kostholdsendring spesifikt. Trolig trengs det mer forskning som undersøker pasientenes erfaringer med MI for å fremme motivasjon til å gjennomføre og vedlikeholde kostholdsendringer over et lengre tidsperspektiv. Teori og forskning tyder også på at gode og effektive MI-samtaler krever trening og erfaring fra sykepleierens side.

## 7 Referanseliste

- Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling: Diabetes* (s. 123-146). Oslo: Akribe.
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling: Diabetes* (s. 205-215). Oslo: Akribe.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4 utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brobeck, E. Odencrants, S. Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Claudi, T. (2014). Helsevesenets rolle – spesialisthelsetjenesten. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 19-22). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 95(1), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3 utg.) Oslo: Gyldendal.
- Gammersvik, Å. (2018). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Å. Gammersvik & T. G. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 202-220). Bergen: Fagbokforlaget.
- Graue, M. & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling: Diabetes* (s. 237-253). Oslo: Akribe.
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. G. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 135-156). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2016a). *Diabetes: Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf>

- Helsedirektoratet. (2016b). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
- Helsedirektoratet (2017). Motiverende intervju (MI). Hentet 11. mars 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi (2013-2017): For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd\\_strategi\\_060913.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St. Meld. Nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m. v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 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.), *Forebygging, oppfølging og behandling: Diabetes* (s. 254-266). Oslo: Akribe.
- Jensen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 387-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen: nøkkelen til bedret mestring?. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling: Diabetes* (s. 216-233). Oslo: Akribe.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 295-340). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 237-286). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krokstad, S. & Knudtsen, M. S. (2011). *Folkehelse i endring: Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag: HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*. Hentet fra <https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mosand, R. D. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., s. 51-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5 utg., s. 17-36). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010a). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2548-2556. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x>
- Oftedal B., Karlsen B. & Bru E. (2010b). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500–1509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>
- 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>
- Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 23-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Rise, M. B., Pellerud, A., Rygg, L. Ø. & Steinsbekk, A. (2013). Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: A qualitative study. *PLOS ONE*, 8(5), 1-7.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Forebygging, oppfølging og behandling: Diabetes* (s. 19-67). Oslo: Akribe.
- Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A. & Andrews, R. (2018). "I've made his my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 18(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.