

# Motiverende intervju sin effekt på kostholdsendringer hos pasienter med diabetes type 2

Kandidatnummer: 53 & 79  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 7409  
Dato: 19.04.2022



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.22
<p>Tittel: Motiverende intervju sin effekt på kostholdsendringer hos pasienter med diabetes type 2</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilken effekt har motiverende intervju hos pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 som skal gjøre endringer i kostholdet?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Denne oppgaven er bygget på fagkunnskap som omhandler diabetes mellitus, kostholdsendringer, motiverende intervju og sykepleierens pedagogiske funksjon. Oppgaven tar også for seg relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven vår er en litterær oppgave, basert på fagkunnskap, forskning og teori som allerede finnes. Det har blitt benyttet fire forskningsartikler, der tre er RCT og en er systematic review. De benyttete forskningsartiklene er funnet i søkemotoren PubMed.</p> <p><u>Drøfting</u> I diskusjonen belyses flere sider omkring effekten av motiverende intervju på kostholdsendringer hos pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 i poliklinisk kontekst. Dette diskuteres gjennom bruk av teori om mestring, motivasjon, ambivalens og endringsprosess. Det diskuteres også i lys av den pedagogiske funksjonen til sykepleier og relevant lovverk. I tillegg blir funnene belyst av hva som kan være ulike årsaker til at MI har effekt eller ikke.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er uenigheter i litteraturer og forskningen om MI har effekt på kostholdsendringer hos pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 på poliklinikk. Noen studier viser at MI har effekt, mens andre finner ikke denne effekten av MI.</p>	

(Totalt antall ord: 214)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Begrepsavklaring	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b>	<b>4</b>
2.1	Diabetes	4
2.2	Nydiagnostisert diabetes	5
2.3	Kostholdsendringer	5
2.4	Sykepleierens funksjon og lovverk	6
2.5	Motiverende intervju (MI)	7
2.5.1	Ambivalens	8
2.5.2	Motivasjon	9
2.5.3	Endringsprosessen	9
<b>3</b>	<b>Metode for oppgaven</b>	<b>11</b>
3.1	Faglitteratur	11
3.2	Søkehistorikk	11
3.3	Tabell med søkehistorikk	13
3.4	Kildekritikk opp mot vår oppgave	13
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater</b>	<b>16</b>
4.1	Syntese	16
4.2	Artikkelmatrise	16
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>18</b>
5.1	Betydningen av samtalens varighet og motivasjon	18
5.2	Etterlevelse av et sunt kosthold	19
5.3	Viktigheten av kompetanse	20
5.4	Tilpasset informasjon til de ulike fasene i endringsprosessen	21
5.5	Alderens konsekvens på effekten av MI	22
<b>6</b>	<b>Avslutning</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>24</b>

# 1 Innledning

I Norge har omtrent 270 000 personer oppdaget diabetes mellitus, heretter omtalt som diabetes. Samt regnes det med at ca. 60 000 personer har diabetes som ikke er oppdaget. Med andre ord vil det si at omtrent hver 20. person i befolkningen har diabetes og prevalensen av sykdommen øker med alderen. Som følge av dette er diabetes en av de vanligste folkesykdommene i Norge. Det er anslått at 90 prosent av tilfellene med diabetes er diabetes type 2 (Stene & Gulseth, 2021). I løpet av de siste 50 årene har antall pasienter med diabetes type 2 firedoblet seg i Norge. Hvert år blir mellom 6000-7000 nordmenn nydiagnostisert med diabetes type 2 (Sortland, 2015, s. 201). Årsaken til den store forekomsten av denne sykdommen er at dagens befolkning lever et liv med mindre aktivitet, lett tilgang på billig og usunn mat, samt at vi lever lenger. Alle disse faktorene utgjør en risiko for utvikling av sykdommen (Sortland, 2015, s. 198). Ved en nydiagnostisert diabetes type 2 er det anbefalt å gjøre en livsstilsendring, som kostholdsendring (Helsedirektoratet, 2021, s. 28).

For de pasientene som nylig har blitt diagnostisert med diabetes, kan den nye livsstilen som følger med sykdommen oppleves forvirrende og kaotisk. Dette fordi de ofte har mange ubesvarte spørsmål, blant annet omkring hvilken type mat de kan spise (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59). Derfor er det viktig at pasientene får god informasjon for å kunne leve med og håndtere sykdommen godt (Birkeland, 2017, s. 214). Det å veilede pasienten til å ta kontroll over den nye situasjonen som følger med sykdommene er en svært viktig sykepleieoppgave (Ribu & Singstad, 2019, s. 605). I dag er det en voksende forventning til at sykepleiere skal motivere pasientene sine til å gjøre endringer i livsstilen (Ivarsson, 2017, s. 11). Når pasienter skal gjøre kostholdsendringer som ved sykdommen diabetes, er den pedagogiske metoden motiverende intervju (MI) anbefalt å benytte (Ribu & Singstad, 2019, s. 630). Denne metoden ser ut til å være både mer effektiv og tilfredsstillende for sykepleieren og pasienten, enn den rådgivingen som har blitt benyttet tidligere (Ivarsson, 2017, s. 11).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes er en sykdom som påfører samfunnet store kostnader. Tall fra IDF viser at globale helseutgifter knyttet til sykdommen var 966 milliarder USD i 2021, med en økning på 316 prosent over 15 år (International diabetes federation, 2021, s. 57). I tillegg til dette bidrar diabetes betydelig til sykdomsbyrden i både Norge og resten av verden (Stene & Gulseth,

2021). På grunnlag av de høye kostnadene og som nevnt den økende forekomsten, tenker vi at dette er et tema som står svært sentralt både i verdensbilde og i Norge. Behandlingen av diabetes består av tre grunnpilarer, kost, fysisk aktivitet og medikamenter. Kosthold er den mest fremtredende årsaken til endring i blodglukosen på dagtid. Derfor er det viktig å være bevisst over sammensetninger av måltider, samt hyppigheten av dem (Jenssen, 2016, s. 395). For pasienter med diabetes type 2, kan eneste form for behandling være endringer i kosthold og aktivitet (Sortland, 2015, s. 203-204). Med bakgrunn i dette har vi valgt å kun fokusere på kostholdsendringer.

I møte med denne pasientgruppen har sykepleierens pedagogiske funksjon en sentral rolle, som går ut på å undervise og veilede pasienter (Kristoffersen, 2021b, s. 257). Innenfor denne funksjonen er MI en metode som kan benyttes, for å støtte pasienter i og legge om kostholdet (Kristoffersen, 2021b, s. 294). Pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2, har også et økt behov for informasjon (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59). MI er en metode som kan benyttes for å gi pasientene informasjon gjennom en dialog og man kan unngå at sykepleieren forteller pasienten hvordan vedkommende «skal leve» (Ivarsson, 2017, s. 24). Diabetespoliklinikker er et av stedene i helsetjenesten hvor sykepleiere tar seg av undervisning, veiledning og støtte av pasienter (Kristoffersen, 2021b, s. 263). Våre opplevelser fra klinikken spiller også en rolle for valg av tema. Da vi opplever at pasienter med diabetes er en pasientgruppe man møter på i svært mange ulike avdelinger, uavhengig av hvor i helsevesenet man er.

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om MI har effekt på kostholdsendringer hos pasienter med diabetes type 2.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvilken effekt har motiverende intervju hos pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 som skal gjøre endringer i kostholdet?*

## **1.3 Avgrensning**

Oppgaven finner sted på diabetespoliklinikk. På diabetespoliklinikker tilbyr sykepleiere undervisning, veiledning og støtte til pasienter med diabetes (Kristoffersen, 2021b, s. 263). Der vil man blant annet få tilbud om gruppeopplæring med andre pasienter som også

har diabetes type 2. Aktuelle temaer som angår sykdommen vil bli tatt opp, deriblant kosthold, som er det vi har valgt å fokusere på i denne oppgaven (Oslo universitetssykehus, 2018). Dette fordi endring av kosthold og aktivitet stort sett er eneste form for behandling (Sortland, 2015, s. 204).

Vi har valgt å avgrense oppgaven til pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2, fordi disse pasientene blir henvist til diabetespoliklinikk. Videre har vi valgt å fokusere på sykepleierens pedagogiske funksjon, da denne funksjonen er viktig i møte med pasienter som trenger undervisning og veiledning. MI er en metode som egner seg godt for sykepleiere som jobber på poliklinikk, i og med at dette er et sted med pasienter som har behov for å gjøre endringer i livsstilen sin (Kristoffersen, 2021b, s. 294). Dette er årsaken til at vi ønsker å fokusere på MI i oppgaven.

Oppgaven vår er avgrenset til pasienter i aldersgruppen 18 år og oppover. Aldersgruppen for nydiagnostisert diabetes er ofte 40 år og eldre. Imidlertid hender det at personer i 20 årene også får sykdommen, og det er årsaken til avgrensningen (Jenssen, 2016, s. 393).

#### **1.4 Begrepsavklaring**

**Kostholdsendringer:** en persons levevaner blir betegnet som livsstil. Levevaner omhandler områder som blant annet kosthold (Kristoffersen, 2021a, s. 201). Kosthold defineres som summen av alle matvarene som en person spiser og drikker i løpet av en bestemt periode (Sortland, 2015, s. 17). Vi baserer derfor oppgaven på at kostholdsendringer er endringer i matvarene en person inntar og dermed går inn under livsstilsendringer.

**Poliklinikk:** er en institusjon i helsevesenet som behandler pasienter uten at de blir innlagt på en sengepost (Braut, 2020). En poliklinikk blir primært bemannet av sykepleiere, men det er også leger som er knyttet til avdelingen (Kristoffersen, 2021b, s. 263).

**Effekt:** i denne oppgaven har vi valgt bruke begrepet effekt. Med dette mener vi om effekt har ført til at pasientene har endret på kostholdet sitt eller ikke.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Diabetes

Det som kjennetegner diabetes type 2 er insulinmangel og insulinresistens i perifere vev og i leveren. Årsaken til insulinmangel er at betacellenes evne til rask utskillelse av insulin er redusert. Insulinresistens betyr nedsatt glukoseopptak i muskler og fettvev, årsaken til dette er at insulinets virkning er redusert (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). Diabetes type 2 forekommer som regel etter fylte 40 år, men det er nå stadig flere tilfeller der personer i 20 - 30 årsalderen blir diagnostisert (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54). Risikofaktorer for utvikling av diabetes type 2 er overvekt, usunt kosthold, hypertensjon, diabetes i nær familie, inaktivitet og ugunstig fordeling av blodfettstoffer. Derfor vil vektnedgang, sunnere kosthold og aktivitet ha positiv effekt på blodglukosen (Borchsenius, 2019, s. 269; Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). Det er også arvelige faktorer som spiller inn i utviklingen av diabetes type 2. Det vil derfor også være individuelle forskjeller i hvilken grad livsstilen har spilt inn i utviklingen av sykdommen og dermed hvilken betydning endringen av livsstilen vil ha i behandlingen. Pasientens og behandlingsapparatets ressurser vil også være av betydning for hvorvidt endringene i livsstilen vil vare (Birkeland, 2017, s. 214).

Det kan gå opp til uker og måneder før diabetes type 2 blir diagnostisert. Dette skyldes at sykdommen kan ha ingen eller svake symptomer. På diagnosetidspunkt påvises senskader hos omtrent 50 prosent av pasientene. Derfor er det viktig at pasienter med diabetes får like god undervisning, opplæring, oppfølging og kontroll uavhengig av om de har diabetes type 1 eller 2 (Mosand & Stubberud, 2016, s. 55).

For å diagnostisere diabetes, er den primære metoden å måle HbA1c. HbA1c er glykosylert hemoglobin A1c (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Det viser hvor stor prosentandel av de røde blodcellene hemoglobin A, som er bundet til glukose (Jenssen, 2017, s. 393). Denne prøven viser gjennomsnittlig blodglukoseverdi de siste åtte til tolv ukene før prøven har blitt tatt (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Ved en HbA1c verdi over eller lik 48 mmol/mol har pasienten diabetes. Ved enkelte tilfeller som nyresvikt, hiv, graviditet, leversvikt eller unormale hemoglobinformer kan ikke HbA1c benyttes for å undersøke om pasienten har diabetes. Ved disse tilfellene må man måle glukose fastende eller glukosebelastning for å kunne diagnostisere diabetes (Birkeland, 2017, s. 204; Mosand & Stubberud, 2016, s. 52).

## **2.2 Nydiagnostisert diabetes**

Når en pasient blir diagnostisert med diabetes, kan det oppleves som svært krevende. Årsaken til dette er at sykdommen som regel fører til at pasienten må gjøre endringer i sin livsstil. Det krever at pasientene tar behandlingsmessige valg hver dag og gjerne flere ganger daglig. Ved nydiagnostisert diabetes vil pasientene kunne oppleve en ny livssituasjon som er forvirrende, som følge av at de har mange ubesvarte spørsmål knyttet til sykdommen. Blant annet spørsmål som omhandler dagliglivet, for eksempel hvilke matvarer de kan spise. Derfor vil man som pasient ha et stort behov for informasjon (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59).

Pasientene kan også føle på angst og usikkerhet med tanke på komplikasjonene som kan oppstå, som følge av sykdommen (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59). Ofte er det krevende for pasientene å akseptere at de har fått diagnosen diabetes, dette bunner ofte i at de har skyldfølelse for at de har fått diagnosen. Dette kan igjen føre til at situasjonen og behandlingen på sikt blir vanskeligere (Mosand & Stubberud, 2016, s. 60). Behandlingen ved nydiagnostisert diabetes vil rettes mot å ivareta de psykiske påkjenningene som følge av sykdommen og at de fysiologiske tilstandene blir justert (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52).

## **2.3 Kostholdsendringer**

Som en del av behandlingen vil det være aktuelt for de aller fleste med nydiagnostisert diabetes type 2, og gjøre endringer i livsstilen. Disse endringene kan vise seg som blant annet kostholdsendringer (Helsedirektoratet, 2021, s. 28). Både pasienter med diabetes type 1 og 2 oppfordres til å følge myndighetenes veiledning om kosthold (Sortland, 2015, s. 204). Siden sykdomsutviklingen av diabetes type 2 er nært tilknyttet pasientens livsstil, er behandling rettet mot det (Birkeland, 2017, s. 214). I tillegg har pasienter med diabetes type 2 ofte utfordringer med lipider, høyt blodtrykk og overvekt, noe som er viktig å ta hensyn til når det gjelder råd om kosthold (Jenssen, 2016, s. 395).

Målet er at kostholdet både skal ha et positivt utfall på blodglukosereguleringen og fettomsetningen. Når det gjelder blodglukosereguleringen, ønsker man at blodglukosen verken skal være for høy eller for lav. Dette er for å hindre at det utvikler seg mikro- og makrovaskulære komplikasjoner (Mosand & Stubberud, 2016, s. 64).



Kostholdsrådene fra helsedirektoratet oppfordrer pasienter med diabetes type 2 til å ha et sunt kosthold som gjør at blodglukosen stiger sakte. Det er karbohydrater som gjør at blodglukosen stiger. I bakgrunn av dette bør denne pasientgruppen spise mer komplekse karbohydrater, fiberrike varianter og eventuelt kunstig søtete produkter som gir langsom stigning i blodglukosen. Eksempel på slik type mat er grove fullkornsprodukter. I tillegg til dette anbefales det også å ha en god måltidsrytme, spise frukt og grønnsaker, fysisk aktivitet og vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2018, s. 4). HbA1c reguleres av blant annet kosthold (Relis, 2018). Ved å følge kostholdsrådene til Helsedirektoratet vil man vanligvis kunne se en reduksjon i HbA1c nivåene på ca. 11 mmol/mol (Helsedirektoratet, 2021, s. 73).

## **2.4 Sykepleierens funksjon og lovverk**

Sykepleierens pedagogiske funksjon har lenge blitt ansett som en av sykepleierens roller. Denne rollen har nå fått enda større plass i utdanningen da det nå stilles enda høyere og nye krav til den pedagogiske kompetansen til sykepleierne. Sykepleierens pedagogiske funksjon omhandler å møte pasienter med ulike helseutfordringer, aldre og forutsetninger for læring. Derfor vil kompetanse innenfor helsepedagogikk være essensielt for at sykepleiere skal kunne møte pasientenes behov for veiledning, informasjon, undervisning og rådgivning (Kristoffersen, 2021b, s. 267). Sykepleierens pedagogiske oppgaver er blant annet forankret i juridiske føringer og stortingsmeldinger (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse, 2019). I spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-8) er det beskrevet at sykehus har fire hovedoppgaver. En av disse er opplæring av pasienter og pårørende. Å vurdere pasientens forutsetning til å forstå og innhente helseinformasjon er en viktig oppgave som går inn under sykepleierens pedagogiske funksjon (Kristoffersen, 2021b, s. 267). Det har blitt opprettet poliklinikker, deriblant diabetespoliklinikker, for å ta seg av pasientenes behov for undervisning, veiledning og støtte, for å kompensere for kort liggetid på sykehus (Kristoffersen, 2021b, s. 263). I artikkelen til Smith-Strøm og Waardal (2004) kommer det frem at å gi informasjon og veiledning til pasienter blir ansett som den viktigste arbeidsoppgaven til sykepleiere på poliklinikk.

Når en pasient har blitt nydiagnostisert med diabetes type 2 vil det være helt avgjørende med god motivasjon, informasjon og opplæring. Dette for at pasientene skal kunne oppleve å håndtere og leve godt med diagnosen (Birkeland, 2017, s. 214). I forbindelse med dette, vil følgende lovverk være relevant for pasienter med diabetes type 2. Da disse pasientene har et

enormt behov for informasjon (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59). §3-2 første ledd i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og §10 i helsepersonelloven (1999), handler om pasientenes krav på informasjon fra helsepersonell. I norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer er det nedfelt hvordan grunnlaget for all sykepleie som gis skal være (Norsk sykepleierforbund, u.å). Punkt 2.5 i yrkesetiske retningslinjer tar for seg sykepleierens oppgave om å fremme pasientenes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser gjennom å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, i tillegg til å forsikre seg om at denne informasjon er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019).

## **2.5 Motiverende intervju (MI)**

MI er en metode som er hensiktsmessig å benytte for å gi pasientene informasjon. Fra tidligere har det vært vanlig at helsepersonell gir råd til pasientene uten at de har et ønske om å få råd og det kan derfor oppleves som en pekefinger. Gjennom bruk av MI kan sykepleieren be om tillatelse til å gi informasjon og råd, og dette blir gitt gjennom en samtale med pasienten. På denne måten får sykepleieren undersøkt hvilken informasjon pasienten allerede besitter og får gitt den informasjonen som er nødvendig på en nøytral måte (Ivarsson, 2017, s. 24).

Når man som sykepleier skal hjelpe pasienter med å nå ulike mål, må man velge hvilken pedagogisk metode som egner seg best (Kristoffersen, 2021b, s. 286). Metoden MI er personfokusert, det er pasientens livsstil og syn på situasjonen som er i hovedfokus (Kristoffersen, 2021b, s. 294). MI er anbefalt å benytte i møte med pasienter som bør gjøre livsstilsendringer, som for eksempel pasienter med diabetes type 2 (Ribu & Singstad, 2019, s. 630). MI er en metode som er anvendelig for sykepleiere som blant annet jobber på poliklinikk. Grunnen til dette er at der møter man på pasienter som må gjøre endring i livsstilen sin, som kostholdsendringer (Kristoffersen, 2021b, s. 294).

MI er en samtalemetode som skal være samarbeidsorientert og har som mål å styrke en persons motivasjon og forpliktelse til å gjøre en endring (Ivarsson, 2017, s. 13). Motivasjon og interesse for adferdsendring kommer ofte over lang tid, og MI er en metode som er ment for å enten starte eller fremskynde selve endringsprosessen hos pasienten (Ivarsson, 2017, s. 14). Lengre samtaler med MI er ofte det som er mest lønnsomt, men samtaler på 10-15 minutter kan også ha effekt (Ivarsson, 2017, s. 12).

En samtale med bruk av MI foregår i fire faser, engasjere, fokusere, fremkalle endringssnakk og planlegge. De tre første punktene er essensielle for at det skal være en samtale med MI (Ivarsson, 2017, s. 18). I tillegg til dette er det en rekke kommunikasjonsferdigheter som er viktige i et MI. Det er blant annet å stille åpne spørsmål, reflektere eller speile det pasienten sier, oppsummere det pasienten har sagt, og sist gi pasienten bekreftelse (Ivarsson, 2017, s. 23).

I et MI er samtalen mellom sykepleier og pasient målorientert og rådgiverstyrt. Selv om fokuset ligger på pasienten, har man som sykepleier et mål med samtalen, og det er sykepleierens ansvar å styre den i en retning som er hensiktsmessig (Hestvold, 2018, s. 140). Samtalen kan styres gjennom å stille spørsmål som omhandler endring og rette samtalen mot det som pasienten selv mener kan føre til en positiv utvikling hos seg selv (Ivarsson, 2017, s. 13). Det kan også være hensiktsmessig at sykepleieren prøver å hente frem pasientens egne argumenter for at det bør gjøres en endring (Ivarsson, 2017, s. 14). Selv om man som sykepleier styrer samtalen, må man ha respekt for at en endring skal skje etter pasientens vilkår og tempo (Ivarsson, 2017, s. 13).

### **2.5.1 Ambivalens**

Ofte når pasienter søker hjelp for å få til en endring, er de som regel ikke helt klare for dette. Årsaken til det kan bunne i at de har forskjellige følelser og tanker rundt adferden de ønsker å endre (Helsedirektoratet, 2017). Når pasienter med diabetes skal gjøre en endring i kosthold, kan de møte på en ambivalens (Ribu & Singstad, 2019, s. 632). Ambivalens handler om at pasienten kan ha motstridene følelser og tanker omkring det aktuelle problemet (Ivarsson, 2017, s. 14). I dette tilfellet vil det være å gjøre endringer i kostholdet. Det kan oppleves at det følger både gode og mindre gode sider ved å gjøre kostholdsendringer (Prescott, 2014, s. 27). Tankene kan bli en hindring for endring, da det kan være krefter som drar i hver sin retning (Ivarsson, 2017, s. 14). Motivasjonen for å gjøre en endring kan bli påvirket av ambivalensen som oppstår (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleierens oppgave i møte med pasientens ambivalens vil være å hjelpe pasienten til å ta et underbygget valg i riktig retning (Ivarsson, 2017, s. 14).

### **2.5.2 Motivasjon**

Motivasjon er svært viktig når det kommer til livsstilsendringer (Kristoffersen, 2021b, s. 275). For at man skal klare å gjennomføre en endring, må det føles viktig og man må ha troen på at man klarer det (Ivarsson, 2017, s. 34). Motivasjon kan deles inn i to typer, indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon kommer utenfra (Kristoffersen, 2021b, s. 275). Det kan eksempelvis være en sykepleier som motiverer en pasient til å gjøre endringer i livsstilen. Indre motivasjon derimot, er motivasjon som kommer fra oss selv, innenfra (Kristoffersen, 2021b, s. 275). Det kan for eksempel være at man begynner å følge kostholdsrådene til helsedirektoratet fordi man selv ser nytten av dette i forhold til sykdomsbildet.

Indre motivasjon er viktig når det kommer til endring av adferd. Derfor er det viktig at man som sykepleier jobber med å finne den indre motivasjonen til pasienten, slik at motivasjonen for endring er i tråd med pasientens verdier og prioriteringer (Kristoffersen, 2021b, s. 275). Ved bruk av den pedagogiske metoden MI prøver man å påvirke den indre motivasjonen hos pasienten. I praksis vil dette kunne ses gjennom blant annet å bevisstgjøre de negative konsekvensene av adferden og jobbe med ambivalensen hos pasienten (Helsedirektoratet, 2017).

Det er viktig å forstå pasientens mestringsforventning for og igjen forstå pasientens valg om å endre adferden sin. For at en pasient skal klare å endre adferden, er det helt essensielt at vedkommende selv har troen på å klare og gjøre en endring. I tillegg til at pasienten klarer å se de positive konsekvensene av endringen. Pasientens tidligere erfaringer er også av interesse, og sykepleierens oppgave vil være å styre samtalen med pasienten, slik at fokuset omhandler de positive erfaringene med mestring (Helsedirektoratet, 2017).

### **2.5.3 Endringsprosessen**

Når man som pasient skal gjøre livsstilsendringer, vil man i denne prosessen gå gjennom forskjellige faser. Fasene speiler pasientens interesse og motivasjon til å gjennomføre endringen. Endringshjulet er en modell på dette. Den tar for seg fasene, føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold (Kristoffersen, 2021a, s. 232). MI kan tilpasses til de ulike fasene pasientene er i, noe som kan bidra til å redusere faren for tilbakefall (Kristoffersen, 2021a, s. 239).

Føroverveielsesfasen handler om at sykepleier og pasient skal skape en god relasjon, basert på åpenhet og tillit. Dette er viktig, slik at pasienten har en person å forholde seg til, når vedkommende er klar for å gjøre endringer i livsstilen. Etter føroverveielsesfasen, kommer pasienten over i overveielsesfasen. I denne fasen vil pasienten overveie å gjøre livsstilsendringer. Her er sykepleierens oppgave å gi pasienten bekreftelse, støtte og oppmuntring, på at vedkommende har tatt et steg i riktig retning (Kristoffersen, 2021a, s. 237). Deretter kommer forberedelsesfasen, handlingsfasen, og så vedlikeholdsfasen. Vedlikeholdsfasen er det stadiet i endringsprosessen der pasienten skal opprettholde den nye livsstilen sin (Kristoffersen, 2021a, s. 238).

## **3 Metode for oppgaven**

### **3.1 Faglitteratur**

Dalland (2020, s. 199) sin definisjon av en litterær oppgave er data som hentes ut fra fagkunnskap, forskning og teori som allerede finnes. I denne oppgaven har vi funnet litteratur fra fagbøker, nettsider, fagartikler og forskningsartikler. Fagbøkene vi har benyttet oss av er blant annet pensumlitteratur vi har hatt gjennom studiet, og andre bøker med relevante titler som vi har funnet på skolens bibliotek. For å finne relevante fagbøker oppsøkte vi hyller på biblioteket med relevante bøker, om blant annet diabetes, sykdomslære, MI, ernæring og oppgaveskriving. I tillegg søkte vi i «Oria» på relevant ord for vår oppgave. Det var ord som blant annet diabetes mellitus, ernæring, poliklinikk og MI. På denne måten har vi funnet frem til flere bøker vi har benyttet, som Grunnleggende sykepleie bind 3, Ernæring: mer enn mat og drikke, Klinisk sykepleie bind 2, MI: motiverende samtaler og Sykdom og behandling. Vi har valgt disse bøkene fordi de inneholder temaer som er relevante, for å svare på vår problemstilling. Det har også blitt gjort flere søk i Google for å finne litteratur. Her har vi også søkt på de samme relevante ordene som har blitt nevnt tidligere og på denne måten har vi funnet litteratur på nettsider som fhi.no, helsebiblioteket.no, lovdata.no, helsedirektoratet.no, nsf.no og Oslo-universitetssykehus.no. I tillegg til dette, har vi benyttet oss av en øvrig forskningsartikkel. Denne ble valgt ut fordi det var en systematic review av MI, hvor hensikten blant annet var å se på faktorer som kunne påvirke utfallet av MI (Rubak, 2005, s. 305). Vi har også benyttet oss av en fagartikkel, som tar for seg sykepleieres oppgave på poliklinikk (Smith-Strøm & Waardal, 2004).

### **3.2 Søkehistorikk**

For å finne forskningsartikler har vi gjort flere søk med ulike søkeord og søkekombinasjoner. Søkene har blitt i PubMed, CINAHL og SweMed+. Ut ifra ulike søk, valgte vi å kun benytte oss av PubMed, som er en søkemotor som inneholder vitenskapelige artikler som omhandler blant annet sykepleie og medisin (Berteussen, 2021). Gjennom disse søkene kom vi frem til tre artikler, som vi fant med ulike søkeord og søkekombinasjoner. Vi valgte derfor å kontakte biblioteket for å få en veiledningstime med dem, som kunne hjelpe oss med å strukturere søkene våre. Etter denne veiledningstimen lagde vi et PICO-skjema, som er vedlagt og kom frem til disse søkeordene med denne søkekombinasjonen «diabetes mellitus and motivational interview and (lifestyle changes or nutrition changes or self care)». Vi avgrenset til

«randomized controlled trial (RCT)». Årsaken til denne avgrensning er at RCT er en metode som kan benyttes for å vurdere effekten av et tiltak (Helsebiblioteket, 2016b). Vi har også valgt å kun benytte oss av kvantitative forskningsartikler. Grunnen til dette er at det er en hensiktsmessig metode å benytte når man ønsker og finne effekten av noe (Thidemann, 2019, s. 76). Med denne søkekombinasjonen endte vi opp med 79 treff.

Etter at vi kom frem til disse treffene begynte vi å lese abstraktet på de artiklene som hadde relevant tittel i forhold til vår problemstilling. Ord i titlene som gjorde at vi fikk interesse for artiklene var blant annet «motivational interview, diabetes type 2 og randomized controlled trial». På de artiklene der abstraktet var relevant ut fra våre inklusjonskriterier, leste vi hele artikkelen. Inklusjonskriteriene vi hadde for artiklene var at de benyttet metoden MI som ble utført av sykepleier, deltakerne var over 18 år og hadde en diagnose med diabetes type 2. Begrunnelsen for disse inklusjonskriteriene er at det er kriterier som må være til stede for å besvare vår problemstilling og er av relevans for oppgavens kontekst. I dette strukturerte søket fant vi de tre artiklene vi tidligere hadde funnet og valgte å fortsette og bruke disse. Den fjerde artikkelen fant vi gjennom metoden «snowballing» i artikkelen til Li et al. (2020), der de henviser til Ekong og Kavookjian (2015) sin artikkel, som er en systematisk review. Fordelen med en systematisk review er at det er en oversiktsartikkel som tar for seg flere artikler om samme tema. Dette gjør at man får et bredere overblikk av forskning som omhandler det samme (Helsebiblioteket, 2016a).

### 3.3 Tabell med søkehistorikk

Søke dato	Søke nr	Database	Søkeord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
05.0 1.22	2	PubMed	1. Diabetes mellitus 2. Motivational interview 3. Lifestyle changes 4. Nutrition changes 5. Self care 6. 1 and 2 7. 2 and 3 8. 3 or 4 9. 4 or 5	79	19	8	3	<p>Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W., &amp; Wong, W. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for Patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. <i>BMC health services research</i>, 20(1), 57. <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8">https://doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8</a></p> <p>Minet, L. K. R., Wagner, L., Lønvig, E. M., Hjelmberg, J., &amp; Henriksen, J. E. (2011). The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. <i>Diabetologia</i>, 54(7), 1620–1629. <a href="https://doi.org/10.1007/s00125-011-2120-x">https://doi.org/10.1007/s00125-011-2120-x</a></p> <p>Steffen, P., Mendonça, C. S., Meyer, E., &amp; Faustino-Silva, D. D. (2021). Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT. <i>American journal of preventive medicine</i>, 60(5), e203–e212. <a href="https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.015">https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.015</a></p>

### 3.4 Kildekritikk opp mot vår oppgave

Faglitteraturen som vi har benyttet oss av tar hovedsakelig utgangspunkt i livsstilsendringer generelt og ikke kun kostholdsendringer, som er det temaet vi har valgt å fokusere på.

Allikevel ser vi på dette som relevant faglitteratur, da kosthold er et område som faller inn under livsstil (Kristoffersen, 2021a, s. 201). Alle de inkluderte forskningsartiklene er skrevet på engelsk, det er en viss mulighet for at det kan ha oppstått mistolkninger, da vi har tolket teksten til norsk. Studien til Steffen et al. (2021, s. 206), benytter spørreskjemaet «Martin-Bayarre-Grade» som blant annet inkluderer etterlevelse av et sunt kosthold. Resultatene av



dette skjemaet kommer ikke tydelig nok frem i artikkelens resultatdel, men blir bedre presentert i diskusjonsdelen. Videre tar studien til Steffen et al. (2021, s. 204) sted på tre ulike helseinstitusjoner i primærhelsetjenesten i Brasil, men vi vurderer allikevel denne som relevant da vi ser overføringsverdi til vår oppgave. Grunnen til at vi ser overføringsverdi er at artikkelen har flere av de samme inklusjonskriteriene som oss og de beskriver MI.

Alle forskningsartiklene beskriver hva MI er og hvordan det blir brukt, noe som forsikrer oss om at det er samme metode i disse landene som i Norge (Ekong & Kavookjian, 2015, s. 945; Li et al, 2020, s. 2; Minet et al, 2011, s. 1621; Steffen et al, 2021, s. 204). I tillegg har Li et al. (2020, s. 9) og Ekong og Kavookjian (2015, s. 948) i sine studier, sykepleiere som utfører MI. Dessuten tar 7 av 14 inkluderte artikler i studien til Ekong og Kavookjian (2015, s. 948) for seg kostholdsendringer, dette gjør også artikkelen til Li et al. (2020, s. 9). Dette er noe som gjør at vi anser disse som relevant. I oppgaven vår tar vi for oss pasienter med diabetes type 2 på diabetespoliklinikker i Norge. Minet et al. (2011, s. 1621), Li et al. (2020, s. 2) og Ekong og Kavookjian (2015, 948) tar alle sted på ulike polikliniske miljøer, som blant annet diabetesklinikk og endokrinologisk poliklinikker. Dermed ser vi overføringsverdi fra forskningsartiklene til vår oppgave på dette området.

Ingen av de valgte forskningsartiklene er utført i Norge, og vi antar derfor at disse landene har forskjeller fra helsevesenet vi har i Norge. Likevel beskriver artiklene til Minet et al. (2011, s. 1621), Li et al. (2020, s. 1) og Ekong og Kavookjian (2015, s. 945) elementer i diabetesopplæringen. Disse elementene har likheter med den norske behandlingen, som for eksempel er at diabetesopplæringen tar for seg måling av blodglukosen, kosthold og fysisk aktivitet (Oslo universitetssykehus, 2018). I tillegg beskriver Steffen et al. (2021, s. 204), Li et al. (2020, s. 1) og Ekong og Kavookjian (2015, s. 945) en økende forekomst av diabetes, som også ses i Norge (Sortland, 2015, s. 201).

I Minet et al. (2011, s. 1622) sin studie er det diabetessykepleiere som utfører MI. Siden dette er en egen videreutdanning kan vi anta at diabetessykepleiere har mer kunnskap om diabetes, enn en sykepleier med kun bachelorutdanning. Siden de besitter mer kunnskap på dette området kan vi trolig anta at dette kan påvirke resultatene. Vi ser allikevel overføringsverdi til vår oppgave, fordi alle sykepleierne som utfører MI har fått opplæring i dette og det stiller ingen krav til videreutdanning for å benytte MI. Studiene til Minet et al. (2011, s. 1621) og Steffen et al. (2021, s. 206) tar ikke kun for seg kosthold, men de benytter HbA1c som

utfallsmål på sine studier. Siden HbA1c blant annet reguleres av kosthold, tenker vi at disse artiklene er relevante å benytte for og besvare vår problemstilling (Helsedirektoratet, 2021, s. 73).

Et av inklusjonskriteriene i forskningsartikkelen til Minet et al. (2011, s. 1621) er at det er deltakere med både diabetes type 1 og type 2. Ved diabetes type 1, har man absolutt insulinmangel og er avhengig av insulintilførsel for å overleve. Ved diabetes type 2 har man en varierende grad av insulinresistens og relativ insulinmangel (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). Ved diabetes type 2 er man ikke avhengig av insulin, slik som ved type 1, men mange må gå over til tablettbehandling etter hvert som sykdommen utvikler seg (Mosand & Stubberud, 2016, s. 61). Selv om den medisinske behandlingen ikke er lik, går ivaretagelsen av pasientenes grunnleggende behov ut på det samme ved diabetes type 1 og type 2. Det er blant annet riktig ernæring, tilstrekkelig insulin og fysisk aktivitet (Mosand & Stubberud, 2016, s. 64). Derfor ser vi på artikkelen som relevant, selv om den også tar for seg diabetes type 1. I tillegg til dette har 78 prosent av deltakerne i forskningsartikkelen diabetes type 2, noe vi ser på som positivt (Minet et al., 2011, s. 1625).

Forskningsartikkelen til Steffen et al. (2021, s. 204) tar for seg deltakere som har diabetes type 2 assosiert med hypertensjon. Selv om vår oppgave ikke tar for seg hypertensjon, ser vi allikevel på denne artikkelen som relevant i og med at pasienter som har diabetes type 2 ofte har hypertensjon (Sortland, 2015, s. 200). I tillegg går behandling av hypertensjon ut på livsstilsendringer og medikamentbehandling, i likhet med diabetes type 2 (Ørn, 2016, s. 104).

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

### 4.1 Syntese

Blant valgte studier er det noe uenighet omkring MI har effekt på reduksjon av HbA1c og kostholdsendringer ved diabetes. Enkelte av artiklene har funnet at MI var effektivt for å redusere HbA1c og endre kostholdet. Mens andre artikler har ikke funnet dette. Et av funnene i en av studiene, var at pasientene som fikk MI var flinkere til å overholde et sunnere kosthold, enn gruppen som ikke mottok MI. I tillegg var et funn i en annen studie at gruppen som mottok MI hadde mer kompetanse i å håndtere sykdommen enn kontrollgruppen rett etter intervensjonen. Denne forskjellen var ikke lenger å se, ett år etter intervensjonen. I de to studiene som ikke viser forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, er det betydelig forskjell på alderen i de ulike gruppene. De som mottar MI er yngre, enn de som ikke får MI.

### 4.2 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter / årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design / metode	Funn
1	Steffen, P. L. S., Medonca, C. S., Meyer, E. & Faustino-Silva, D. D. (2021)	Motivational interviewing in the management of type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension in primary health care: an RCT.	American Journal of Preventive Medicine	Hensikten med studien er å evaluere effekten av motiverende intervju i behandlingen av pasienter med diabetes type 2 med hypertensjon.	Randomized controlled trial (RCT), kvantitativ, 174 deltakere.	Sykepleiekonsultasjon med MI har vist å være mer effektivt enn konsultasjon uten MI, for å redusere HbA1c nivåer. Pasientene som fikk samtale med MI var også flinkere til å overholde et sunt kosthold, i motsetning til pasientene som ikke fikk MI.
2	Minet, L. K. R., Wagner, L., Lønvig, E. M., Hjelmborg, J. & Henriksen J. E. (2011)	The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial.	Diabetologia	Hensikten med studien var å studere effekten av et 1-årig intervensjonsprogram om glykemisk kontroll og kompetanse for behandling av pasienter med diabetes type 1 og 2 gjennom motiverende intervju.	Randomized controlled trial (RCT), kvantitativ, med 352 pasienter, 176 i hver gruppe.  Utført ved en diabetesklinikk, hvor pasientene ble henvist av fastlegen sin eller av andre sykehusavdelinger.	Funnene viste ingen stor forskjell på målingene (HbA1c, kolesterol, osv) gjort før og etter intervensjonen på de to gruppene. Men pasientene i intervensjonsgruppen viste store forskjeller fra kontrollgruppen på kompetanse til å håndtere diabetesen rett etter intervensjonen, men 1 år etter var det ingen forskjeller lengre. I tillegg er deltakerne som mottar MI yngre enn deltakerne i kontrollgruppen.
3	Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W. & Wong W. C. W. (2020)	Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial.	BMC Health Services Research	Hensikten med denne studien var å vurdere effektiviteten av MI, gjennom å se på endring av pasientenes livsstil og deres	Randomized controlled trial (RCT), kvantitativ, 225 deltakere ved studiens start, det var 179 deltakere igjen ved studiens slutt. Deltakerne blir fulgt opp rett etter	Funnene viste ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen når det kom til endring av livsstil, deriblant endringer i pasientenes kosthold, like etter intervensjonen og etter 3 måneder. I tillegg til dette er deltakerne i intervensjonsgruppen yngre enn deltakerne i kontrollgruppen.

				håndtering av diabetes.	intervensjonen og 3 måneder etter.  Utført på endokrinologisk poliklinikk, familiemedisinsk klinikk og kommunale helsesentre.	
4	Ekong, G. & Kavookjian, J.  (2015)	Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: a systematic review	Patient Education and Counseling	Hensikten med denne studien er å undersøke om MI har effekt på adferdsendring hos pasienter med diabetes type 2.	Systematic review, som inkluderer 14 artikler som er RCT.  Alle inkluderte studier er utført på poliklinikk.	Funnene viser at 7 av de 14 artiklene undersøker kostholdsendringer. 5 av de 7 artiklene fant at det var store forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen når det kom til endringer i kostholdet. 2 av disse 5 studiene fant at pasientene i intervensjonsgruppen spiste mer frukt og grønt, og kuttet mettet fett bedre enn kontrollgruppen. 13 av 14 studier har benyttet HbA1c som utfallsmål, 3 at studiene har funnet signifikant reduksjon i HbA1c hos intervensjonsgruppen i forhold til kontrollgruppen.

## 5 Diskusjon

Nydiagnostiserte pasienter med diabetes type 2 har ofte et stort behov for informasjon (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59). Å gi pasientene informasjon er en del av den pedagogiske funksjonen til sykepleiere (Kristoffersen, 2021b, s. 267). MI er en metode som litteraturen mener er godt egnet å benytte for å gi informasjon til pasienter med diabetes type 2 på poliklinikk (Ivarsson, 2017, s. 12). Denne metoden skal også være relevant å benytte for å bidra til å gjøre endringer i livsstilen som kostholdsendringer (Ribu & Singstad, 2019, s. 630).

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere de valgte forskningsartiklene sine funn opp mot faglitteratur som er beskrevet i teoridelen. Dette for å kunne besvare oppgavens problemstilling: *Hvilken effekt har motiverende intervju hos pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 som skal gjøre endringer i kostholdet?*

### 5.1 Betydningen av samtalens varighet og motivasjon

I studien til Steffen et al. (2021, s. 208) har de funnet at deltakerne som fikk samtale med MI reduserte HbA1c nivåene i blodet. Dette støttes av Ekong og Kavookjian (2015, s. 949) som i sin systematic review også har funnet at MI var effektivt for å redusere HbA1c nivået i blodet. Når det gjelder HbA1c, kan det også muligens ses en sammenheng mellom reduksjon i HbA1c nivåene og at deltakerne har klart å endre kostholdet sitt. Dette er noe som underbygges i litteraturen til Relis (2018). Her forklarer de at HbA1c nivåene i blodet blant annet reguleres av kostholdet til pasienten. I tillegg påpeker Helsedirektoratet (2021, s. 73) at gjennom å følge deres råd om kosthold, vil man kunne redusere HbA1c nivået med opptil 11 mmol/mol.

En årsak til at Steffen et al. (2021, s. 208) og Ekong og Kavookjian (2015, s. 949) har fått god effekt av MI, kan antas å være varigheten på samtalen. Begge disse studiene har hatt en varighet på MI samtaler på 30-90 minutter. I Ivarssons (2017, s. 12) litteratur kommer det frem at for å få best mulig effekt av MI er det mest lønnsomt med lengre samtaler. På den andre siden påpeker både Ivarsson (2017, s. 12) og Kristoffersen (2021b, s. 301) at korte samtaler med MI også kan gi noe effekt. Trolig på grunn av tidsaspektet kan det antas at MI er en godt egnet metode, som sykepleier på poliklinikk kan benytte seg av. Dette muligens fordi MI kan benyttes uavhengig av varigheten på samtalen. På den andre siden, kan det

stilles spørsmål om hvor mye man rekker å gå gjennom i løpet av en samtale av kort varighet. Som nevnt tidligere foregår et MI i fire faser, der de tre første fasene er nødvendig for at det skal være et MI (Ivarsson, 2017, s. 18). Videre påpeker Ivarsson (2017, s. 12) at en samtale med MI med en varighet på 10-15 minutter kan ha effekt. I en konsultasjon på så kort tid, kan det tenkes at det blir utfordrende som sykepleier å rekke og gå igjennom de tre første fasene. Dersom man ikke har tid til dette, kan det trolig påvirke effekten av samtalen med MI.

Imidlertid har ikke Minet et al. (2011, s. 1625) funnet det samme. Deres resultater viste at samtale med MI ikke ga bedre utslag på reduksjon i HbA1c nivåene, i forhold til kontrollgruppen. Ifølge Ivarsson (2017, s. 13) er målet med MI å styrke pasientens motivasjon for endring. Som nevnt, har ikke studien til Minet et al. (2011, s. 1625) funnet at deltakerne har hatt effekt av MI. En årsak til dette, kan trolig være fordi deltakerne ikke har hatt nok motivasjon til å endre kostholdet sitt. Viktigheten av motivasjon for å få til en livsstilsendring gjenspeiles i litteraturen til Kristoffersen (2021b, s. 275). Det hadde vært interessant å se på deltakernes motivasjon i de ulike studiene. Grunnen til det, er at motivasjon spiller en stor rolle i endringsprosessen. Dette støttes av litteraturen til Ivarsson (2017, s. 41) som legger vekt på at MI må tilpasses motivasjonen til pasienten for at pasienten skal klare å gjøre en endring. Motivasjonen til deltakerne er dessverre ikke undersøkt i noen av de valgte artiklene.

## **5.2 Etterlevelse av et sunt kosthold**

Steffen et al. (2021, s. 210) har også sett på om deltakerne klarer å etterleve et sunt kosthold i sin studie. Gjennom studien har de funnet at deltakerne som fikk samtale med MI hadde bedre etterlevelse av å følge et sunt kosthold, enn deltakerne som ikke fikk samtale med MI. I tillegg viser funnene til Ekong og Kavookjian (2015, s. 948) at deltakerne som fikk samtale med MI hadde bedre etterlevelse av å endre kostholdet enn de deltakerne som ikke fikk MI klarte. Helsedirektoratet (2017) fremhever at tidligere erfaringer med mestring er av betydning for å få til en endring. I den forbindelse er det tenkelig at deltakerne i begge disse studiene trolig har positive erfaringer fra tidligere, der de har opplevd mestring av å endre adferd.

På den andre siden har ikke studien til Li et al. (2020, s. 6) funnet at MI var mer lønnsomt enn samtaler uten MI, når det kommer til å gjøre livsstilsendringer inkludert endringer som omhandler kostholdet. Det at deltakerne ikke har fått til å endre kostholdet kan antageligvis

skyldes at deltakerne ikke var klare for å gjøre en endring. Denne antagelsen støttes av Helsedirektoratet (2017). Der presiseres det at det ikke er uvanlig at pasientene ikke er helt klare for å gjøre en endring, på det tidspunktet de ber om hjelp. Det kan skyldes at de har motstridene følelser omkring det å skulle endre kostholdet sitt. Det er dette som kalles ambivalens ifølge Ivarsson (2017, s. 14). I møte med pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 på poliklinikk, vil trolig sykepleierens rolle kunne være av betydning for å oppmuntre pasientene til og gjøre en positiv endring. Dette reflekteres i Ivarsson (2017, s. 14) sin litteratur, som sier at sykepleier har i oppgave å hjelpe pasienten i riktig retning hvis de skulle føle på ambivalens. Det at Li et al. (2020, s. 6) ikke har funnet en tydelig forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, kan kanskje også skyldes både arvelige faktorer og individuelle forskjeller i utviklingen av sykdommen hos de ulike pasientene. Dette underbygges i teorien til Birkeland (2017, s. 214). Der beskriver han årsaksmekanismene for utviklingen av diabetes type 2. Videre påpeker han at det derfor vil kunne være individuelle forskjeller i hvilken betydning endring av livsstilen vil ha i behandlingen av sykdommen.

### **5.3 Viktigheten av kompetanse**

Når det gjelder den pedagogiske metoden MI peker både Hestvold (2018, s. 140) og Ivarsson (2017, s. 14) på sykepleierens rolle i samtalen med MI. I følge Hestvold (2018, s. 140) skal sykepleieren styre samtalen i en retning som er hensiktsmessig. Ivarsson (2017, s. 13) på sin side påpeker hvilke kommunikasjonsferdigheter som sykepleieren bør benytte i MI. Dette kan antyde at sykepleierens pedagogiske rolle er av stor betydning for å få positive resultater av MI. Med andre ord kan dette tyde på at sykepleierens pedagogiske kompetanse kan være en årsak til om MI har effekt eller ikke. For øvrig beskriver tre av de inkluderte studiene tydelig at sykepleierne som benytter MI har fått opplæring i metoden (Li et al., 2020, s. 4; Minet et al., 2011, s. 1622; Steffen et al., 2021, s. 205). I tillegg er dette også noe Ivarsson (2017, s. 12) påpeker, at en bør utdanne seg innenfor MI for å få bedre trening, dypere kunnskap og forståelse rundt metoden. For øvrig understreker Birkeland (2017, s. 214) at ressursene i behandlingsapparatet til pasienten også er av betydning for om endringene i livsstilen vil vare. Dessuten finnes det også videreutdanninger i MI på både høyskoler og universiteter, noe som kan bekrefte at opplæring i MI er av betydning. I den forbindelse vil det også trolig lønne seg å ha kunnskap om metoden MI, når man jobber som sykepleier på diabetespoliklinikk. Dette for å kunne støtte pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 i og gjøre endringer i kostholdet deres.

#### **5.4 Tilpasset informasjon til de ulike fasene i endringsprosessen**

I følge Rubak et al. (2005, s. 308), kommer det frem at sannsynligheten for effekten av MI øker ved flere samtaler. Det blir påpekt at flere enn fem samtaler med MI, samt en oppfølgingsperiode på minst tolv måneder, er det som lønner seg mest for å få best mulig effekt av MI. Det Rubak et al. (2005, s. 308) påstår her, kan vi se i studien til Minet et al. (2011, s. 1622), hvor MI blir utført fem ganger i løpet av en tolv måneders periode. Resultatene til Minet et al. (2011, s. 1626) viser at intervensjonsgruppen som fikk MI hadde bedre kompetanse til å håndtere diabetesen rett etter intervensjonens slutt. Imidlertid var ikke dette en varig endring, da det ett år etter intervensjon uten at pasientene har fått MI, ikke lenger var noen forskjell mellom gruppene. En mulig årsak til at endringen ikke vedvarte, kan muligens være at pasientene ikke klarte å implementere endringen til hverdagen sin og dermed ikke klarte å holde på den nye livsstilen. Kristoffersen (2021a, s. 238) peker på at utfordringen ved vedlikeholdsfasen i endringsprosessen er å holde på de nye livsstilsendringene. Hun peker også på at til tross for at en pasient har klart å gjennomføre endringer i livsstilen, er det vanskelig å holde på endringene over tid. Dette er også noe som støttes av Rosdahl (2013, s. 46), som påpeker at man må være bevisst over endringen for å ikke falle tilbake til start.

Det kan stilles spørsmål vedrørende hvor relevant vedlikeholdsfasen er på en poliklinikk, da dette er et sted sykepleier ofte møter på pasienter med en nyoppdaget diagnose. På tidspunktet sykepleier møter denne pasienten er det grunn til å anta at pasienten er i enten føroverveielsesfasen eller overveielsesfasen. I føroverveielsesfasen vil sykepleierens rolle under MI, blant annet dreie seg om undervisning om helserisiko ved nåværende livsstil (Kristoffersen, 2021a, s. 239). Det støttes i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) og helsepersonelloven (1999, §10). Her fremkommer det at man som sykepleier er pålagt å gi pasienter informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. I tillegg til den informasjonen de trenger for å få tilstrekkelig innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette støttes også av Smith-Strøm og Waardal (2004). De har funnet at sykepleiere som jobber på poliklinikk ser på det å gi informasjon til pasienter som deres viktigste oppgave.

Det kan også tenkes at pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 som ankommer en poliklinikk, er i overveielsesfasen. I denne fasen vil det være viktig at sykepleier utforsker de



positive og negative sidene, ved livsstilsendringen i samtalen med MI (Kristoffersen, 2021a, s. 239). Antageligvis vil disse pasientene føle på ambivalens, da de nylig har blitt diagnostisert med diabetes type 2 og dermed må gjøre endringer i kostholdet. Dette støttes i litteraturen til Ribu og Singstad (2019, s. 632). Trolig vil motivasjonen til pasientene påvirkes av at de har motstridende følelser omkring det å skulle gjøre en endring. Dette blir for øvrig forklart av Helsedirektoratet (2017). Med bakgrunn i dette, kan det tyde på at det er viktig å tilpasse informasjonen til pasientene, i den fasen de befinner seg i. Dette støttes i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, der vi er etisk forpliktet til å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasientene (Norsk sykepleierforbund, 2019). For øvrig gjenspeiles dette også i litteraturen til Kristoffersen (2021b, s. 267). Der skriver hun at sykepleierens pedagogiske funksjon handler om å møte pasienter med ulik forutsetning for læring. Møter man ikke pasientene etter deres behov er det tenkelig at dette muligens kan påvirke resultatet av MI.

## **5.5 Alderens konsekvens på effekten av MI**

I studien til både Minet et al. (2011, s. 1624) og Li et al. (2020, s. 4) er deltakerne i intervensjonsgruppen som mottar MI yngre, enn deltakerne i kontrollgruppen. Det er også disse to studiene som har fått minst effekt av MI i møte med pasienter med diabetes type 2. Det kan antas at dette kan ha noe å si for at MI ikke er mer effektivt på utfallsmålet HbA1c og endringer av kostholdet. At deltakerne er yngre, kan muligens bety at de ikke har like store problemer knyttet til sykdommen og komplikasjoner, som de eldre deltakere muligens kan ha. Det kan antas at de yngre deltakerne ikke ser det store behovet for å gjøre livsstilsendringer, i og med at de kanskje ikke opplever problematikk knyttet til sykdommen. Dette støttes i litteraturen til Mosand og Stubberud (2016, s. 60). De beskriver at det ikke er uvanlig at pasientene reagerer lite i starten når de nylig har blitt diagnostisert med diabetes type 2.

## 6 Avslutning

Det er uenigheter i litteraturen og forskningen om MI har effekt eller ikke, på kostholdsendringer hos pasienter som har diabetes type 2. Noen av de inkluderte forskningsartiklene har funnet at MI både er effektivt for etterlevelse av å følge et sunt kosthold og endre kostholdet. Samt finner de at HbA1c nivået i blodet er blitt redusert hos de pasientene som har fått samtale med metoden MI. Denne reduksjonen kan muligens ses i sammenheng med et endret kosthold, da kosthold er en av faktorene som regulerer HbA1c nivået i blodet. Disse resultatene har derimot ikke blitt funnet av alle. Det er også funnet at MI ikke er mer effektivt for å endre kostholdet til pasienter. Til slutt har andre funnet at MI ikke er effektivt for å redusere HbA1c nivåer i blodet. Det er flere faktorer som kan spille inn for at MI skal ha optimal effekt. Det er blant annet sykepleierne på poliklinikk sin kompetanse i metoden MI, varigheten på samtalen, pasientens alder, mestring og motivasjon. For å oppsummere, er det uenigheter omkring MI har effekt eller ikke hos pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 på poliklinikk som skal gjøre endringer i kostholdet.

## 7 Referanseliste

- Berteussen, L. M. (2021, 6. juli). *PubMed*. Store medisinske leksikon. Hentet 29. mars 2022 fra <https://sml.snl.no/PubMed>
- Birkeland, K. I. (2017). Diabetes mellitus. I K. I. Birkeland, L. Gullestad, & L. Aabakken (Red.), *Indre medisin I* (s. 197-218). Forlaget Vett & Viten.
- Borchsenius, C. (2019). Livsstilssykdommer. I L. Thoresen, C. Borchsenius & R. J. Sjøen (Red.). (5. utg., s. 248-280). Gyldendal.
- Braut, G. S. (2020). *Poliklinikk*. Store medisinske leksikon.  
<https://sml.snl.no/poliklinikk>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.
- Ekong, G & Kavookjian, J. (2015). Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient education and counseling* 99(6), 944-952. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.022>
- Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *Systematisk oversikt*. Hentet 4. februar 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>
- Helsebiblioteket. (2016b, 7. juni). Randomisert kontrollert undersøkelse - RCT. Hentet 14. januar 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>
- Helsedirektoratet. (2017). *Motiverende intervju som metode*. Hentet 7. desember 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2018). *Kosthold ved diagnoser og sykdomstilstander: Nasjonale faglige råd*. Hentet 12.01.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander#kosthold-ved-diabetes-praktisk>

Helsedirektoratet. (2021). *Diabetes: Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 30. mars 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-160). Gyldendal.

International diabetes federation. (2021). *IDF diabetes atlas. 10th edition*. International diabetes federation. <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>

Ivarsson, B. H. (2017). *MI: Motiverende samtaler*. Gyldendal Akademisk.

Jenssen, T. (2016). Diabetes Mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg, s. 387-399). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4.utg, bind 3, s. 201-256). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021b). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4.utg, bind 3, s. 257-314). Gyldendal.

- Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W & Wong, W, C, W. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC health services research*, 20(1), 57.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8>
- Minet, L. K. R., Wagner, L., Lønvig, E. M., Hjelmberg, J & Henriksen, J. E. (2011). The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 54(7), 1620-1629. <https://doi.org/10.1007/s00125-011-2120-x>
- Mosand, R. D & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg, bind 2, s. 51-82). Gyldendal akademisk.
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. (2019). *Helsepedagogikk*. Hentet 1.april 2022 fra <https://mestring.no/helsepedagogikk/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019).  
Yrkesetiskeretningslinjer. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbund. (U.å.) Etikkk. <https://www.nsf.no/etikk-00>
- Oslo universitetssykehus. (2018). *Diabetes type 2 på Rikshospitalet*. Hentet 14. desember 2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/diabetes-type-2?sted=seksjon-for-spesiell-endokrinologi-pa-rikshospitalet>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4.utg, s. 23-29). Gyldendal akademisk.

- Relis. (2018, 9.november). *Nye anbefalinger for behandling av Diabetes type 2*.  
<https://relis.no/content/4977/Nye-anbefalinger-for-behandling-av-Diabetes-type-2>
- Ribu, L & Singstad, T. (2019). Sykepleie til personer med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3* (3.utg, s. 592-644). Cappelen Damm Akademisk.
- Rosdahl, G. (2013). Den motiverende samtale i teori og praksis. Munksgaard.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The british journal of general practice: the journal of the royal college of general practitioners*, 55(513), 305-312.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15826439/>
- Smith-Strøm, H & Waardal, P. (2004). Sykepleierroller i poliklinikk. *Sykepleien*, 92(5), 50-53. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0026>
- Sortland, K. (2015). Ernæring: mer enn mat og drikke (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesteloven* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Steffen, P. L. S., Mendonca, C. S., Meyer & Faustiono-Silva D. D. (2021). Motivational interviewing in the management of type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension in primary health care: An RCT. *American journal of preventive medicine*, 60(5), e203-e212. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.015>
- Stene, L. C. M & Gulseth, H. L. (2021). Diabetes i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 2. desember 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/%C2%A0>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsbok i akademisk skriving* (2.utg). Universitetsforlaget.

Ørn, S. (2016). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg, s. 93-111). Gyldendal.