



«Hvordan kan sykepleier veilede til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2?»

Kandidatnummer: 108
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10798

Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2017
<p>Tittel: Hvordan kan sykepleier veilede til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2?»</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier veilede til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2?»</p> <p><u>Metode</u> I denne litterære oppgaven er det anvendt sykepleiefaglig litteratur, annen relevant faglitteratur samt fag- og forskningsartikler. Fag- og forskningsartiklene er funnet fra databasene Cinahl og PubMed.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I oppgaven er det anvendt sykdomslære om diabetes type 2, livsstilsendring i forbindelse med behandling av sykdommen, teori om sykepleieveiledning, kommunikasjonsteknikker, motiverende intervju og empowerment.</p> <p><u>Drøfting</u> Her drøftes teorien som har kommet frem i lys av problemstillingen. Teorien har belyst at sykepleieren må være empatisk i møte med pasienten og utforske årsakene til endringsmotstand i forbindelse med livsstilsendring. Teorien har også belyst viktigheten av kunnskap diabetes type 2, sykepleieveiledning, kommunikasjonsteknikker og motiverende intervju, samt punkter til endringsprosessen.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren kan veilede til livsstilsendring ved å ha kunnskap om den bakenforliggende sykdommen, endringsprosessen og inneha kommunikasjonsferdigheter i tråd med sykepleieveiledning og motiverende intervju.</p>	

(Totalt antall ord:157)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Presentasjon av problemstilling	2
1.2 Målgruppe, kontekst og rammefaktorer	2
1.3 Avgrensninger	3
1.4 Begrepsavklaring	3
1.5 Oppgavens disposisjon	4
2 Metode	5
2.1 Beskrivelse av metode	5
2.2 Litteratursøk	5
2.2.3 Kort presentasjon av fag- og forskningsartikler	6
2.4 Kildekritikk	9
3 Teori	12
3.1 Diabetes type 2	12
3.1.1 Behandling	12
3.1.2 Kostholdsråd for personer med diabetes type 2	13
3.2 Sykepleierens veiledende funksjon	14
3.2.1 Kommunikasjonsteknikker	15
3.3. Motiverende intervju – MI	17
3.3.1 Prinsipper i motiverende intervju	17
3.3.2 Endringssnakk	18
3.3.3 Ambivalens	19
3.3.4 Endring som prosess	19
3.4 Empowerment	20
4 Hvordan kan sykepleier veilede til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2?	21
4.1 Kostholdsveiledning ved diabetes type 2	21
4.2 Sykepleieveiledning	25
4.2.1 Kommunikasjonsteknikker	26
4.3 Motiverende intervju	27
4.3.1 Endringsprosessen	30
5 Avslutning	32
Referanseliste	33

1 Innledning

I Norge har ca. 150 000 personer diagnosen diabetes type 2, og det antas at 150 000 har diabetes type 2 uoppdaget (Jenssen, 2011). Flesteparten av de som blir diagnostisert med diabetes type 2 er 40 år og eldre, men stadig yngre mennesker blir diagnostisert med sykdommen. Diabetes type 2 er en sykdom som forårsakes både av livsstil og arv (Jenssen, 2014). Denne pasientgruppen møter på komplikasjoner som vil påvirke hverdagen, for eksempel nervesmerter (nevropati) og hjerte- og karsykdom der hyppigheten av hjerteinfarkt er 2-3 ganger høyere enn hos friske mennesker. Pasienter med diabetes type 2 må legge ned stor egeninnsats da hvordan denne sykdommen utvikler seg avhenger av pasientens daglige valg i forbindelse med livsstil (Allgot, 2011). Sykepleier har mulighet til å styrke pasienters diabetesomsorg da det krever motivasjon og endringsvillighet av pasienten til livsstilsendring med en sykdom han må ta hensyn til daglig. Å forebygge utvikling av diabetes type 2, samt komplikasjoner sykdommen fører med seg, vil ikke bare være positivt for pasienten, men også spare samfunnet for helseutgifter sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Helsedirektoratet, 2015).

I denne litterære oppgaven i sykepleie vil jeg fokusere på pasienter med diabetes type 2 som får veiledning fra sykepleier til å mestre sin sykdom ved bruk av motiverende intervju i veiledningssamtalen. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleier fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Mange sykepleiere tar sykdommen mer alvorlige enn pasienten og det er vanlig at råd ikke blir tatt til etterfølge av pasienten (Clark M & Hampson SE gjengitt av Dellasega et al., 2012). Et slikt sprik i holdningen til diabetes type 2 kan føre til dårligere etterlevelse av behandlingsråd hos pasienten og skape et ugunstig grunnlag i veiledningssamtalen mellom pasient og sykepleier.

Helsedirektoratet (2015) anbefaler livsstilsendring i form av kostendring, økt aktivitetsnivå, vektnedgang og røykeslutt som forebygging av diabetes type 2. Motiverende intervju er et kjent verktøy ved blant annet alkoholisme og røykeslutt, men kan overføres til andre områder hvor mennesket har behov for å endre adferd, for eksempel kostholdsendring ved diabetes type 2 (Ivarsson, 2010). Dellasega et al. (2012) har utført forskning som viser at pasienter med diabetes type 2 foretrekker motiverende intervju i veiledningssamtalen om livsstilsendring fremfor standardbehandling. Samtidig viser forskningen til Young et al.

(2014) at når sykepleier har brukt motiverende intervju i samtale med pasienter økes egenmestringen. På bakgrunn av dette er det interessant å undersøke bruken av motiverende intervju i veiledningssamtalen mellom pasient og sykepleier.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Selv om sykepleier har gode kunnskaper om hva slags endringer pasienten bør foreta for å forebygge både diabetes type 2 og tilhørende komplikasjoner, mener jeg det er like viktig at hun har evnen til å nå inn til pasienten for at han skal gjøre disse endringene.

Derfor er min problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier veilede til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2?»

1.2 Målgruppe, kontekst og rammefaktorer

Målgruppen i denne oppgaven er pasienter med diabetes type 2. I følge Jenssen (2011) får stadig yngre pasienter denne diagnosen. Derfor vil jeg fokusere på voksne mennesker i alderen 40 til 70 år. Grunnen til det store aldersspennet er at utfordringer knyttet til diabetes type 2 ikke nødvendigvis er aldersspesifikt, slik som å ta riktige kostholdsvalg.

Helsedirektoratet (2015) har allerede gode retningslinjer for veiledning av pasienter med diabetes type 2 beskrevet i Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Likevel vil jeg bruke motiverende intervju som metode og trekke inn bruk av empowerment for et bredere kunnskapsgrunnlag om kommunikasjon i møte med pasienter for livsstilsendring fordi forskning viser endringsvillighet ved denne metoden (Dellasega et al., 2012). Ved bruk av empowerment tas det utgangspunkt i pasientens helseforståelse og forutsetninger, og det handler om ressurser og å samle styrke hos hver enkelt pasient slik at han kan mestre utfordringer i hverdagen som igjen fører til opplevelse av kontroll over livet sitt (Askheim, 2012). I følge spesialisthelsetjenesteloven §3-8 skal sykehusene blant annet ivareta pasientbehandling og opplæring av pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, 2016). Samtalene mellom sykepleier og pasient vil befinne seg på diabetesklinikker i tilknytning til sykehusene hvor oppfølgingen vil foregå over tid. Konteksten i min oppgave er at sykepleier fungerer

som en veileder for pasienten hvor oppgaven er undervisning og veiledning av diabetes mellitus type 2, og bruke motiverende intervju for at pasienten skal ta egne valg for forebygging og videreutvikling av sykdommen. I denne oppgaven vil jeg angi sykepleier som «hun» og pasienten for «han» for å skille sykepleier og pasient fra hverandre.

1.3 Avgrensninger

I denne oppgaven vil jeg fokusere på pasienter som er diagnostisert med diabetes mellitus type 2, i oppgaven kalt diabetes type 2. Jeg vil ikke gå inn på andre diabetestyper som diabetes type 1, svangerskapsdiabetes, maturity onset diabetes of the young (MODY) og late autoimmune diabetes in adult (LADA) (Jenssen, 2011). Jeg vil skrive grunnleggende om sykdommen og hvorfor det er viktig med denne kunnskapen hos sykepleier. Jeg vil ikke gå i dybden på fysiologien bak sykdommen og komplikasjonene, men vil heller fokusere på kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Pårørende kan ses på som en ressurs ved livsstilsendring, men på grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke skrive om dette.

Det er mange livsstilsfaktorer en kan endre for å forebygge utvikling av komplikasjoner som diabetes type 2 medfører (Helsedirektoratet, 2015). For å avgrense oppgaven vil jeg fokusere på kostholdsendringer, selv om faktorer som fysisk aktivitet, vektnedgang og røykeslutt er vel så viktige. Jeg tar utgangspunkt i et vanlig, norsk kosthold uten restriksjoner som følge av allergier, intoleranser eller særegne matkulturer. Jeg vil heller ikke gå inn på farmakologisk behandling.

Sykepleierfunksjonen vil være veiledning av pasienter hvor motiverende intervju blir brukt som verktøy i samtale med pasienter, heretter kalt MI. I tillegg vil jeg trekke inn kommunikasjonsteknikker.

1.4 Begrepsavklaring

Livsstil er definert på flere måter, men jeg velger å bruke versjonen til Milio (1986): «Livsstil er adferdsmønstre valgt blant de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet»

(Milio, gjengitt av Kristoffersen, 2011b, s. 199). Her tolker jeg livsstilsendring som en forandring av dette mønsteret hvor man tilstreber å velge et bedre alternativ fremfor et annet.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp med fem hovedkapitler med underkapitler.

Etter innledningen kommer kapittel 2 som beskriver metoden, litteratursøk med en kort presentasjon av fag- og forskningsartikler. Til slutt i metodekapittelet kommer kildekritikk.

I kapittel 3, teorikapittelet, tar jeg for meg grunnleggende om diabetes type 2 som inkluderer behandling og kostholdsråd. Videre i teorikapittelet beskriver jeg sykepleierens veiledende funksjon og kommunikasjonsteknikker, samt motiverende intervju med fokus på prinsipper, endringssnakk, ambivalens og endringsprosessen. Til sist i teorikapittelet skriver jeg kort om empowerment.

I kapittel 4 drøfter jeg teorien jeg har beskrevet og prøver å belyse problemstillingen ved å drøfte kostholdsråd og sykepleieveiledning med kommunikasjonsteknikker med et gjennomgående fokus på motiverende intervju.

I avslutningskapittelet svarer jeg på problemstillingen.

2 Metode

I dette kapittelet tar jeg for meg metodedelen som beskriver litteratursøk, presentasjon av fag- og forskningsartikler og kildekritikk.

2.1 Beskrivelse av metode

En litterær oppgave tar utgangspunkt i eksisterende litteratur (Dalland, 2012). I tråd med Dalland og Tygstad (2012) anbefalinger har jeg anvendt litteratursøk for å finne litteratur som kan redegjøre for min problemstilling. Dette kalles litteratursøk, mens kildekritikk er en utredning av disse. Dette forklarer Dalland (2012) ved at det metodiske redskapet er kritikken av de skriftlige kildene man bruker og vurderingen av dem. I dette kapittelet vil jeg presentere utførte litteratursøk, forskningsartikler til oppgaven og kildekritisk vurdering av anvendt litteratur.

2.2 Litteratursøk

Jeg har anvendt pensumlitteratur og både primær og sekundærlitteratur som kilder til oppgaven. Litteraturen er skrevet av fagfolk og bøkene er lånt på biblioteket til Lovisenberg Diakonale Høgskole (LDH). Siden internett kan ha kilder som ikke er pålitelige har jeg i hovedsak valgt faglitteratur, men jeg anser Norsk Sykepleierforbund (2016), Helsedirektoratet (2015) og lovverk fra lovdata.no som sikre kilder med oppdatert informasjon. I tillegg har jeg benyttet meg av Diabetesforbundet sin nettside, da de er en velkjent interesseorganisasjon for mennesker med diabetes.

For å finne fag- og forskningsartikler har jeg brukt søkedatabasene Cinahl og PubMed. Cinahl er en database skolen har lært oss opp i som inkluderer forskningslitteratur for sykepleiefag og er derfor anbefalt av skolen. PubMed på sin side er en av verdens største medisinske søkedatabaser. Jeg har gjort enkeltsøk på diabetes type 2, motiverende intervju, ord relatert til livsstilsendring og sykepleie, som har vært nødvendig å kombinere for at resultatmengden skulle være overkommelig å undersøke. Disse ordene har jeg skrevet på engelsk for å få flest mulig artikler. Ordene er motivational interviewing, motivation, life style changes, behavioral changes, life change events, diabetes type 2, nursing og nursing practice.

Inklusjonskriterier er fagfelleverderte forskningsartikler de siste fem årene fra søketidspunktet på språkene engelsk, norsk, dansk eller svensk for overførbarhet til det norske helsevesenet og kostholdpreferanser. Videre har jeg inkludert artikler fra vestlige land med unntak av en artikkel fra Taiwan med et høyt antall deltagere med signifikante resultater. Selv om forskningen er utført i en fremmed kultur velger jeg likevel å anvende den da den er sitert i flere artikler jeg anvender i denne oppgaven. Jeg betrakter artiklene som objektive da de er fagfelleverderte og er av nyere tid, samt at alle er godkjent av sine respektive etiske komiteer. Da det er mye forskning på diabetes type 2 og MI begrenset jeg års-spennet til fem år for å få tilgang til den nyeste forskningen på området.

Jeg har valgt ut fem forskningsartikler og én fagartikkel som er relevant for min oppgave. Disse belyser både sykepleiers og pasientens side i en veiledningssamtale med MI, hvilke utfordringer pasienten møter på, hvilke fordeler MI bidrar med i en veiledningssamtale og hvilken effekt det har på egenbehandlingen til pasienten.

Fire av forskningsartiklene og fagartikkelen inkluderer sykepleiere med MI-trening (Chen, Creedy, Lin, & Wollin, 2012; Dellasega et al., 2012; Droppa & Heeyoung, 2014; Hansen, Landstad, Hellzén, & Svebak, 2011; Young et al., 2014). Miller et al. (2014) bruker kostholdsveileder eller ernæringsfysiolog med MI-trening. Fagartikkelen til Droppa og Heeyoung (2014) fokuserer på at sykepleiere kan bruke MI som verktøy i veiledningen. Ved at det hovedsakelig er sykepleiere som er veiledningsansvarlige i forskningen jeg har valgt, fremmer det relevansen MI har i sykepleierveiledning.

2.2.3 Kort presentasjon av fag- og forskningsartikler

Effects of motivational interviewing intervention on self-management psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial

Chen et al. (2012) er en randomisert kontrollert studie (RCT) fra Taiwan som undersøkte om MI vil forbedre egenbehandlingen, glykemiske og psykologiske utfall hos pasienter med diabetes type 2. Studien målte både harde endepunkter som HbA_{1c} (glykert hemoglobin er glukose bundet til hemoglobin i blodet) og spørreskjemaene ble gjort om til målbare data for å se blant annet endring i egenbehandling, etterlevelse av anbefalinger, kosthold og samspillet

med helsepersonellet ved bruk av MI. Sammenlignet med kontrollgruppen hadde intervensjonsgruppen signifikant nedgang av HbA_{1c} ($p=0,01$), egenbehandlingen ($p=0,01$) og psykologiske utfall økte i intervensjonsgruppen ($p=0,01$) samt at livskvaliteten økte. Studien er relevant for oppgaven da den støtter opp om livsstilsendring hos pasienter i sykepleieveiledning ved bruk av MI.

Sustained effects of a nurse coaching intervention via telehealth to improve health behaviour change in diabetes

Dette er en RCT fra USA som så på fordelene og langtidseffektene ved bruk av MI-teknikk over telefon til pasienter med diabetes 1 og 2 (Young et al., 2014). Det ble brukt spørreskjemaer som fokuserte på områder som egenmestring, fysisk- og mental helse, og tilfredshet med diabetesomsorgen. Dette ble gjort om til målbare data som viste signifikant endring i mestringsevnen til intervensjonsgruppen etter ni måneder ($p=0,05$) og antydning til større endringsvillighet og måloppnåelse i intervensjonsgruppen, men ikke signifikant ($p=0,71$). Egenmestring er en stor del av livsstilsendring og studien viser signifikans når det gjelder at et samfunnsøkonomisk tilbud som MI over telefon har effekt på egenmestring. Det tyder på bedre fysiske og psykiske utfall med metoder som fokuserer pasientsentrert hvor pasientene deltar aktivt i behandlingen, slik som ved MI. Studien er relevant for oppgaven fordi den undersøker forskjellen mellom behandling ved bruk av MI og standardbehandling.

Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance

Denne kvalitative studien fra Norge undersøker hva som er motiverende faktorer for livsstilsendring for pasienter med glukoseintoleranse for forebygging av diabetes type 2 (Hansen et al., 2011). Deltagerne er hentet fra en større studie utført i Midt-Norge hvor intervensjonen var styrketrening. Spørreskjemaet spurte om hva som motiverte dem til å bli med i den opprinnelige studien, men med oppfølgings spørsmål som blant annet døgnrytme, måltider, livet generelt og sosiale- og familiære forhold. Studien fant ut at kategoriene struktur og rytme, sykdom, aktivitet og sosiale relasjoner er motiverende faktorer som kan være avgjørende for livsstilsendring. Studien er relevant for min oppgave da den peker på motivasjonsfaktorer for livsstilsendring for pasienter med diabetes type 2.

How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing

Denne kvalitative studien fra USA hadde som hensikt å finne ut av hva pasienter med diabetes type 2 synes om MI for livsstilsendring (Dellasega et al., 2012). Opphavet fra studien var fra en større RCT, Diabetes Nurse Case Management with Motivational Interviewing for Change – DYNAMIC. Etter intervensjonen i DYNAMIC-studien ble et utvalg deltagere intervjuet om forskjellen de har opplevd med MI og standardbehandlingen de mottok før intervensjonen hvor endringsadferd var i fokus. Resultatene viser at ved bruk av MI opplevde deltagerne mindre dårlig samvittighet, oppmuntring til ansvar over egen helse og at de ble lyttet til som førte til eierskap over livsstilsendringene de trengte å gjøre for å fordre god helse. Studien er relevant for min oppgave da den får frem pasienters perspektiv på sykepleieveiledning med MI.

Preliminary efficacy of group medical nutrition therapy and motivational interviewing among obese african american woman with type 2 diabetes: a pilot study

Hensikten med denne studien fra USA var å vurdere effekten av medisinsk ernæringsterapi (MNT) ved hjelp av MI hos pasienter med diabetes type 2 hos kvinner med afroamerikansk opprinnelse (Miller et al., 2014). Fokuset på studien var informasjon, veiledning og motivasjon for kostholdsendringer, men også å legge en langtidsplan for kostholdet på bakgrunn av strategier de hadde lært og suksess de hadde oppnådd i intervensjonen. Spørreskjemaer ble gjort om til kvantitative data. HbA_{1c}, blodtrykk (BT) og kroppsmasseindeks (KMI) var fysiologiske målinger som ble utført hvor HbA_{1c} viste signifikant nedgang ($p=0,029$), men ikke BT og KMI. Resultatene viste at de hadde sug etter usunn mat (food cravings) (36,4 %), overspising (31,8 %) og å spise sent (31,8 %). Intervensjonen økte inntaket av frukt og grønnsaker og bedret fordelingen av karbohydrat- og høy-fett-måltider gjennom uka. Studiedeltagerne (>95 %) opplevde kostholdsråd som nyttig. Denne studien kan være nyttig for oppgaven fordi den viser hvilke kostholdsområder som kan være problematiske for mennesker med diabetes type 2.

Motivating interviewing: a journey to improve health

Droppa og Heeyoung (2014) har skrevet en fagartikkel om hvordan bruke MI i møte pasienter med diabetes type 2. De har introdusert MI på en forståelig måte og kommet med gode eksempler på hvordan man kan integrere MI i en pasientsamtale relatert til min problemstilling. Derfor supplerer jeg fagbøkene jeg bruker om MI med denne fagartikkelen for en bredere forståelse på hvordan sykepleier kan bruke MI i sin veiledningssamtale.

2.4 Kildekritikk

Forskningsartikler jeg har funnet er både kvantitative og kvalitative som jeg har valgt for å forsøke å svare på hvordan sykepleier kan veilede ved hjelp av MI i pasientbehandlingen. Jeg ser på det som en styrke å anvende både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Mens kvalitativ forskning går mer i dybden på pasientperspektivet vil den kvantitative forskningen kunne generalisere i større grad fordi den har større deltagerantall. I tillegg bidrar de med harde endepunkter i form av HbA_{1c}-endring som forteller noe om den objektive effekten av intervensjonen. To av artiklene er randomiserte, kontrollerte studier. Dette er en styrke da det eliminerer partiskhet mellom intervensjon- og kontrollgruppen.

En styrke ved studien til Chen et al. (2012) er det store antallet deltagere som sannsynliggjør funnene (n=214). Av studiedeltagere som allerede hadde et tilnærmet sunt HbA_{1c}-nivå (7 %) viste ikke effekten av studien like godt som deltagere med forhøyet HbA_{1c}. Studien var kortvarig (3 mnd.) som ikke gir et reelt bilde av hvordan MI i denne studien ville hatt effekt over tid. I tillegg fikk bare halvparten av deltagerne HbA_{1c}-nivå <7 %, men over lenger tid mener Chen et al. (2012) en muligens kunne ha sett at deltagerne fikk implementert gode vaner med større forskjell i HbA_{1c}-nivået.

I studien til Young et al. (2014) var det spørreundersøkelse ved intervensjonsstart, etter 16 uker og etter ni måneder. Det er en svakhet at det var et frafall av deltagere under 16-ukers spørreundersøkelsen (71 % fullførte), men en fordel at flere deltagere kom tilbake og fullførte spørreskjemaet ved ni-måneders oppfølgingen (84% fullførte). Det er også en svakhet at rapporteringen fra deltagerne i spørreskjemaene reflekterer målene som ble satt istedenfor hvilke endringer som faktisk ble gjort. Det ble ikke målt kliniske endepunkter som vektnedgang, HbA_{1c}-nivåer i blodet, blodtrykk og lipidprofil. Forskerne mener at resultatene muligens ville stilt sterkere ved slike målinger, men det lot seg ikke gjøre å lage en avtale om måling av kliniske endepunkter hos de samarbeidende klinikkene.

Hansen et al. (2011) er en studie gjort i Norge med fokus på fysisk aktivitet. Selv om mitt fokus er kosthold og glukoseintoleranse velger jeg likevel å inkludere studien da jeg mener den er relevant fordi den påpeker viktige motivasjonsfaktorer for pasienter, uavhengig av om de allerede har diabetes eller er i risikozonen for utvikling. Studien svarer også på hva som er

viktig for at pasienten skal få en varig livsstilsendring til å finne sted. Artikkelen er særlig overførbart da dette er en norsk studie.

I studien utført av Dellasega et al. (2012) fikk MI som intervensjon ingen negative kommentarer av deltagerne. Dette viser at MI er en metode som blir tatt godt imot og er hensiktsmessig for sykepleier og pasient. Deltagerne var innforstått med at sykepleieren i studien hadde god tid i veiledningen, som var en faktor, men ikke avgjørende faktor for den gode opplevelsen. I pasientsamtaler utenfor studien kan tiden være knappere. Sykepleierne fikk fire måneders opplæring i MI med oppfølging underveis i studien. Dette er en fordel for denne studien, men i virkeligheten kan MI-kurs være mye kortere og man kan da risikere at sykepleierne ikke blir like trygge i metoden. Data om blant annet sykdomsforløp og biometriske målinger i starten av intervensjonen ville forsterket resultatene. DYNAMIC-studien tar for seg dette, men jeg har ikke inkludert den i min oppgave.

Miller et al. (2014) har utført en pilotstudie som tar utgangspunkt i afroamerikanske kvinner. Kostholdet til disse kvinnene og pasienter med diabetes type 2 i Norge kan være nokså forskjellig, men studien peker på lignende utfordringer som finnes i den norske pasientgruppen og blant studiens intervensjonsgruppe. Blant annet behovet for å overspise, spise usunt i form av fettrike og karbohydratrike måltider, samt begrenset inntak frukt og grønnsaker. Derfor velger jeg å inkludere artikkelen til tross for mulige matkulturelle forskjeller. Videre har jeg valgt å inkludere denne artikkelen med kostholdsveileder eller ernæringsfysiolog som veileder fordi samtaleoppsettet med MI blir likt og de har samme mål for samme pasientgruppe som er livsstilsendring.

I fagartikkelen om MI er hovedforfatteren, Mandy Droppa, registrert sykepleier med master i sykepleievitenskap og er assisterende sykepleier klinisk leder ved universitet i Pittsburgh medisinske senters vestlige psykiatriske institutt og klinikk (Droppa & Heeyoung, 2014). Heeyoung Lee er assisterende professor på universitetet i Pittsburghs sykepleierskole. Med denne bakgrunnen mener jeg artikkelforfatterne er kompetente nok til forståelse av en sykdom som diabetes type 2 og det psykologiske aspektet som ligger bak MI. De har referert til flere forskningsartikler, blant annet Chen et al. (2012) som jeg også har benyttet meg av.

Når jeg har funnet faglitteratur har jeg valgt forfattere som er kjent innenfor sitt fagområde og funnet den siste utgaven for den mest oppdaterte versjonen av fagbøker når det har latt seg gjøre da nyere forskning, lover og forskrifter er inkludert i disse.

Jeg har valgt boken om MI – Motiverende Intervju av Ivarsson (2010) fordi den har en enkel oversikt over fremgangsmåten i MI og den er tilpasset det svenske til det norske helsesystemet. Jeg anser den som pålitelig siden det kommer frem i boken at helsedirektoratet har påtatt seg ansvar for deler av boken som er ulik fra svensk helsesystem. Samtidig har jeg brukt Motiverende intervju – samtaler om endring av Barth, Børtveit og Prescott (2016) da de har vært med på å utvikle undervisning om MI i oppdrag fra helsedirektoratet.

I forbindelse med kunnskap om diabetes type 2 har jeg valgt pensumboka Sykdom og behandling (2014), men også Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling av Skafjeld og Graue (2011) da de er spesialsykepleiere innen diabetes som arbeider med formidling av kunnskap og veiledning av sykepleiestudenter på bachelor og masternivå. I tillegg til fagbøker har jeg valgt å benytte meg av Helsedirektoratet sine anbefalinger for behandling av diabetes type 2 da deres anbefalinger er basert på enorme mengder forskning evaluert av de fremste ekspertene på sitt felt i diabetesomsorgen samtidig som dette er de offisielle anbefalingene til den norske befolkningen (Helsedirektoratet, 2015).

3 Teori

I dette kapittelet skriver jeg om diabetes type 2 hvor jeg forklarer sykdommen og hvordan man behandler eller forebygger videreutvikling av den. Videre skriver jeg om sykepleieveiledning, kommunikasjonsteknikker og om hva MI er og hvordan det brukes. Avslutningsvis skriver jeg kort om empowerment.

3.1 Diabetes type 2

Diabetes er en hormonell sykdom som over tid kan gi alvorlige komplikasjoner og følgesykdommer (Jenssen, 2011). Muskulaturen i kroppen blir mindre sensitiv for opptak av plasmaglukose (blodsukker) som fører til forhøyet blodsukker. Over tid vil dette redusere insulinproduksjonen i pankreas som fører til forhøyet gjennomsnittlig plasmaglukose (Jenssen, 2011). Det foretrukne diagnostikum for diabetes type 2 ifølge Helsedirektoratet (2015) er blodprøve HbA1c $\geq 6,5$ mmol/L.

Det kan ta 10-12 år før diabetes blir stilt som diagnose (Jenssen, 2011). Da har pasienten allerede hatt glukoseintoleranse lenge, men ofte med få symptomer. Dette gjenspeiler det høye tallet på uoppdaget diabetes nevnt innledningsvis. Typiske tegn på diabetes er tørste, hyppig urinlating og glukose i urinen. Slapphet og tretthet er symptomer som utvikles over tid dersom sykdommen ikke blir diagnostisert og behandlet (Jenssen, 2011).

Årsaker til diabetes type 2 er oftest sammensatt og henger tett sammen med livsstil og overvekt. I tillegg øker risikoen på grunn av arvelighet, men også alder >40 år (Jenssen, 2011; Sagen, 2011). Diabetesforbundet (2017) nevner hjerteinfarkt, hjerneslag, nevropati, nefropati, retinopati, tann- og tannkjøttssykdommer, samt fotsår, kronisk kompartmentsyndrom og ereksjonssvikt som komplikasjoner til diabetes. Dette følger av at langtidsblodsukkeret er høyt over flere år (Hanssen & Aas, 2012).

3.1.1 Behandling

I følge Jenssen (2011) er livsstilsendring, deriblant kostholdsendring første del i behandlingen av diabetes mellitus type 2. Livsstilsendring er en del av pasientens egenomsorg.

Helsedirektoratet (2015, s. 32) nevner kontroll av blodglukose på egenhånd, legemidler som

påvirker blodglukosen, mat og diabetes med deres sosiale utfordringer, vektreduksjon hvis overvektig, alkohol, fysisk aktivitet og forebygging og behandling av senkomplikasjoner som områder for pasientens egenomsorg. I oppgaven er egenomsorg knyttet til kostholdsendringer.

Hovedmålet er å unngå hyper- eller hypoglykemi (Sagen, 2011). En del av behandlingsmålene er å forebygge at det utvikles langtidskomplikasjoner eller videreutvikling av dem, men også at pasienter opplever velvære (Hanssen & Aas, 2012).

Både behandling av diabetes og forebygging av det er relativt likt i forbindelse med kostholdsråd (Jenssen, 2011). Den variasjonen pasienten har i blodglukosen i løpet av en dag skyldes hovedsakelig kostholdet, men også uregelmessigheter i matinntak og aktivitetsnivå samt den farmakologiske behandlingen (Hanssen & Aas, 2012; Jenssen, 2011). Derfor er det viktig at pasienten har kunnskaper om kosthold og hvordan det påvirker sykdommen for å ha et så stabilt blodglukosenivå som mulig (Jenssen, 2011). Måling av HbA_{1c} bør måles for kontroll av det gjennomsnittlige langtidsblodsukkeret de siste tre månedene (Hanssen & Aas, 2012). Mennesker uten diabetes har HbA_{1c} på <6 %, mens diabetikere bør ha <7 %. Det er spesielt ved HbA_{1c} >8 % man ser at komplikasjoner forekommer hos diabetikere som har hatt dette over flere år. Pasienten nyter fordeler av å gå ned i vekt, allerede ved 5 % nedgang (Hanssen & Aas, 2012). Dette kan normalisere blodsukkeret og blodlipider og er derfor en ønsket del av behandlingen som en også kan se som en effekt ved kostendringer.

3.1.2 Kostholdsråd for personer med diabetes type 2

Diabetespasienter anbefales de samme kostholdsrådene som befolkningen generelt, men grunnet blodsukkerstigning fra stivelse og sukker bør kostrådene tilpasses hver enkelt pasient (Helsedirektoratet, 2015). Helsedirektoratet (2015, s. 59) beskriver at kostholdet bør i hovedsak bestå av:

- Mye grønnsaker
- Inntak av frukt og bær hver dag
- Høyt inntak av belgvekster som erter, bønner og linser
- Hele korn, kjerner og fullkornsprodukter
- Rene råvarer i stedet for farse-produkter, sjømat, fisk og fugl fremfor rødt kjøtt

- Magre meieriprodukter
- Matoljer i form av olivenolje og rapsolje, myke margariner med umettet fett og inntak av fettkilder fra nøtter og kjerner
- Tilsatt sukker bør begrenses til ikke mer enn 10 energiprosent (E%) daglig. Dette tilsvarer 50-70 gram sukker, samtidig anbefales moderat bruk av energifrie søtningsstoffer
- Redusere mengde salt

Mer konkret anbefales det at diabetespasienter unngår sukkerholdig mat og drikke da dette er svært viktig for behandlingen (Helsedirektoratet, 2015). Frukt anbefales fortsatt, men enkelte frukter har høyt sukkerinnhold og dette må tas i betraktning.

Foreløpig anbefales ingen endring fra befolkningen for øvrig når det gjelder mengde fett i kosten da dette er under revisjon. Anbefaling for proteininntak er også likt med generelle anbefalinger for befolkningen.

Måltidsrytme er sentralt i diabetesomsorgen da dette forenkler reguleringen av blodsukkeret (Helsedirektoratet, 2015). Helsedirektoratet (2015) foreslår 3-4 hovedmåltider fordelt gjennom dagen og 0-3 mellommåltider.

3.2 Sykepleierens veiledende funksjon

«Sentrale mål i diabetesomsorgen er å veilede personer med diabetes i å opprettholde optimalt blodsukkernivå og forebygge komplikasjoner. I dette inngår å styrke den enkeltes mestringsevne og evne til å ta egenansvar» (Skafjeld & Graue, 2011, s. 14).

Hensikten med veiledning er at pasienten skal få økt mestringskompetanse via samtale med sykepleier med sine humanistiske verdier og kunnskap (Tveiten, 2013). Med humanistiske verdier menes her likeverd, respekt, ansvar, ønske om velvære for pasienten, muligheter og ansvar. I kunnskap ligger det læring, veiledning, kommunikasjon, jus og etikk i forbindelse med pasienten og følgelig kunnskap om diabetes type 2. Veiledningen er her en istandsettingsprosess som er formell, pedagogisk og relasjonell. Videre skriver Tveiten (2013) at det er veilederen, sykepleieren i denne situasjonen, som gjør at istandsettingsprosessen kan

tre i kraft, mens det er den som blir veiledet, pasienten, som selv er ansvarlig for å ta med seg det han er i stand til. Dette kan for eksempel være handlinger og tanker om temaet. Når en istandsettingsprosess er pedagogisk betyr det at det er utvikling, mestring, læring og vekst som er i sentrum av samtalen og pasientens mestringskompetanse styrkes. Mestring i ordet mestringskompetanse kan bety at pasienten er klar over de ressursene han besitter og hvordan han kan bruke disse (Tveiten, 2013). Kompetanse kan i denne sammenhengen bety at han har en evne til å benytte seg av kunnskap om sin sykdom og behandling og ha kjennskap til sine følelser, holdninger og verdier.

I veiledningen foregår det en dialog mellom likeverdige (Tveiten, 2013). Fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjon er områder sykepleieren må beherske i helseveiledning (Christiansen, 2013). Samtalen mellom sykepleier og pasient som kan ses som en profesjonell dialog. Elementer man finner i veiledning og MI er støtte, lytte, spørre, motivere og prosessvurdere, mens det i helseveiledning også inkluderer å undervise, informere og råde. Sykepleieren bevarer pasientens integritet, verdighet og medbestemmelsesrett.

I sykepleieutdanningen er undervisning og veiledning av pasienter et kompetanseområde for sykepleiere (Kunnskapsdepartementet, 2008). Pasienter med diabetes har rett på behandling og opplæring i sykdommen sin ifølge lov om spesialisthelsetjenester §3-8, og skal pasienten klare å beherske livet med diabetes er opplæring om den essensielt (Graue & Haugstvedt, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 2016). Helsedirektoratet (2015) forklarer at bred forskning har vist at grundig opplæring vil kunne forebygge senkomplikasjoner, samtidig som det bedrer funksjonen til pasienten og at mestringsfølelsen deres styrkes. Mestringsfølelse er et nøkkelord skal pasienten skal klare å opprettholde egenbehandlingen over tid.

3.2.1 Kommunikasjonsteknikker

I profesjonell kommunikasjon er det at det faglige perspektivet er gjennomtenkt og at pasienten skal dra nytte av det som er kjernen (Eide & Eide, 2011). Sykepleier trenger trening i kommunikasjonsferdigheter da det er en kunst å være bevisst på hvordan en selv kommuniserer, hvordan pasienten blir anerkjent, være direkte, men samtidig være åpen og aktiv lyttende mot pasienten. Det blir kalt en kunst da det komplekse samspillet mellom

nonverbal og verbal kommunikasjon kan være vanskelig å oppfatte, samtidig som en svarer pasienten på det som er viktig for ham og ser helheten i hva som blir fortalt (Eide & Eide, 2011).

Det nonverbale vil være kroppsholdning og hvordan den kan tolkes fra pasienten og sykepleieren sin side (Eide & Eide, 2011). Armene i kors kan virke avvisende eller kritisk, men når sykepleieren lener seg fremover virker hun interessert i det pasienten har å si og nikker for å vise forståelse. I tillegg spiller pustemåte, tonefall og stemmebruk, bevegelser og ikke minst ansiktsuttrykk en viktig rolle i samtalen. Dette må fortolkes og kan fortelle om følelser til pasienten. Videre skriver Eide og Eide (2011) at sykepleieren lytter aktivt når hun bruker lyder som «mm», kommer med korte setninger som «jeg forstår» og kommer med konkrete oppfølgingsspørsmål som: «Hva tenker du om det?» for å utforske mer av det pasienten ønsker å snakke om og de følelsene han har om det.

Åpne spørsmål har som hensikt å utforske hva pasienten forteller ved at han kan snakke fritt om det han selv opplever, tenker og føler (Eide & Eide, 2011). Dette er spørsmål som starter på hva, hvorfor og hvordan. Lukkede spørsmål kan ofte svares med ja eller nei og brukes for å bekrefte, -avkrefte eller få informasjon om noe. Eksempler på dette er «er det noe du vil snakke om?» eller «har du klart å gjennomføre det vi snakket om sist?». Det siste eksempelet kan defineres som et utfordrende spørsmål som kan være hensiktsmessig da det avklarer noe betydningsfullt (Eide & Eide, 2011).

Reformulering eller parafrasering er viktig da det viser at sykepleieren lytter og undersøker om hun har skjønnet hva pasienten sier og videre bevisstgjør pasienten på hva han sier ved å parafrasere samtidig som det styrer samtalen (Eide & Eide, 2011). En reformulerer ved å bruke andre og færre ord enn det pasienten har sagt uten å forandre meningen i setningen. Speiling er en teknikk som virker lik som reformulering, men det er følelser som speiles i stedet for meningen slik som ved reformulering. På denne måten kan sykepleier sette ord på følelser pasienten kanskje ikke er klar over at han har.

3.3. Motiverende intervju – MI

«Å ha en MI-samtale er som å komme på besøk hjem til noen. Du bør gå inn med respekt, interesse og vennlighet, bekrefte det som er fint, og la være å komme med uoppfordrende råd eller å begynne å ommøblere» (Sitat av ukjent kvinne, gjengitt av Helsedirektoratet, 2017, 07.03).

MI ble utviklet som metode i 1982 av den amerikanske professoren Miller under et opphold på Hjellettestad klinikken ved Bergen (Barth, Børtveit, & Prescott, 2016). Det er en anbefalt samtalemetode som fordrer adferdsendring (Helsedirektoratet, 2017). MI kan også kalles en ferdighet som sykepleiere kan utvikle i kommunikasjonen med pasienter for å få frem hans indre motivasjon for adferdsendring (Droppa & Heeyoung, 2014). Hensikten med MI er ikke at sykepleieren skal presse på med gode råd som pasienten ikke er klar for å ta imot da dette kan gi motstand (Ivarsson, 2010). Helsedirektoratet (2017) forklarer hensikten videre med at MI skal få pasienten til å overbevise seg selv om at en endring skal forekomme, for deretter tenke ut hvordan han skal få det til på best mulig måte.

Målet til MI er å skape selvtillit for håndterbare oppgaver og delmål til pasienten ved å utforske det overveldende adferdsmønsteret han har (Droppa & Heeyoung, 2014). Metoden MI er lik, uavhengig av alder og kjønn, men den tilpasses temaet i hver samtale (Ivarsson, 2010). I samtalen med sykepleier er det pasientens syn på sin egen situasjon som er i fokus, metoden er personsentrert. Videre er metoden rådgiverstyrt selv om sykepleier tar hensyn til pasientens tempo og betingelser. Sykepleieren skal fremme mestringstilliten og motivere pasienten slik at han vil være suksessfull med forandringene (Ivarsson, 2010).

3.3.1 Prinsipper i motiverende intervju

MI har et sett med grunnverdier som legger grunnlaget for metoden (Helsedirektoratet, 2017). Det er partnerskap, aksept, medfølelse og nysgjerrighet eller fremkallelse. Disse gjenspeiles i prinsippene i MI.

I følge Ivarsson (2010) er det fire grunnleggende prinsipper i MI. Det er å uttrykke empati, utvikle diskrepans, rulle med motstand, og styrke mestringstillit hos pasienten. Når sykepleieren er empatisk bruker hun teknikken reflekterende lytting ved omformulering av

pasientens setninger for å vise forståelse (Droppa & Heeyoung, 2014). Ved diskrepans skal sykepleieren rette fokus mot områder som avviker fra hvordan situasjonen er nå og hvordan han ønsker å ha det (Ivarsson, 2010). Sykepleieren må anerkjenne ambivalensen til pasienten i prosessen ved å ikke argumentere for endring, men tilpasse motstanden. Dette kalles rulle med motstand (Droppa & Heeyoung, 2014). Motstand gjenkjennes ved at pasienten kan argumentere for å bevare situasjonen slik den er, irritabilitet eller er uinteressert i videre samtale (Ivarsson, 2010). For å bevare mestringstilliten er det viktig at pasienten selv tror han klarer å endre seg (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan sykepleieren styrke og utforske ved bruk av refleksjoner, åpne spørsmål og oppsummeringer. Som et femte grunnleggende prinsipp skriver Helsedirektoratet (2017) at man skal unngå argumentering for endring og heller gi informasjon og råd som pasienten selv velger om han vil ta til etterretning.

Foruten å lage en struktur for samtalen ved å lage en meny over punkter som er viktige for pasienten å ta opp i forbindelse med kostveiledninger, er det andre faktorer en sykepleier bør ha fokus på i en MI-samtale (Helsedirektoratet, 2017). Dette er endringssnakk, ambivalens, indre motivasjon, mestringssopplevelse og legge en plan for endring med SMART-mål. Det står for spesifikk, målbar, akseptabel, realistisk og tidsbestemt. Her vil jeg fokusere på endringssnakk og ambivalens.

3.3.2 Endringssnakk

Endringssnakk er når pasienten forteller om endringer han ønsker (Helsedirektoratet, 2017). I dialogen med sykepleier er det markører som forteller om samtalen går i riktig retning og hun må kommentere det pasienten sier positivt, få han til å utdype og oppsummere pasientens endringssnakk (Ivarsson, 2010). Endringssnakk kan for eksempel være «Jeg ville få det bedre hvis...» og «Jeg trenger å...» eller snakke positivt om endringer (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleieren kan «hente frem endringssnakk» ved bruk av åpen og empatisk lytting (Ivarsson, 2010). Dette kan gjøres ved blant annet å utforske pasientens bekymringer, være direkte når sykepleier spør om planer om endring, spørre om troen pasienten har om sin egen mestringsevne eller be pasienten se framover med håp og bedring i fokus (Helsedirektoratet, 2017).

3.3.3 Ambivalens

Når en skal endre livsstil betyr det at den livsstilen en har nå ikke er gunstig. I endring av livsstil kan pasienten være ambivalent som innebærer blandende følelser og tanker rundt den ugunstige delen av livsstilen (Helsedirektoratet, 2017). Helsedirektoratet (2017) kaller dette en motivasjonskonflikt da pasienten på en side vil beholde adferden sin, men på en annen side få godene av ny adferd. Ambivalens er normalt i en endringsprosess, og det er viktig for sykepleieren å håndtere dette. For å gjøre dette må hun skape en trygg atmosfære og utforsker med pasienten hans gode og ikke fullt så gode sider med den uønskede adferden.

Beslutningen om adferdsendring kommer lettere når pasienten har blitt bevisst på hva som ligger i ambivalensen hans (Helsedirektoratet, 2017). Endring skjer når grunnene til endring betyr mer enn å fortsette som før.

3.3.4 Endring som prosess

I følge Barth et al. (2016, s. 60) utformet psykologene Prochaska og DiClemente en modell som beskriver en endringsprosess. Dette innebærer fem faser kalt føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen. Her vil jeg gå gjennom de fire første fasene. Disse fasene kan gå litt over i hverandre og i denne sammenhengen gjelder det pasienter i en endringsprosess med fokus på kostendringer.

Føroverveielsesfasen innebærer at pasienten ikke er klar over at han er i denne fasen (Barth et al., 2016). Tanker om for eksempel senkomplikasjoner er muligens ikke tilstede, det er ennå ikke «et problem» selv om pasienten har tilstrekkelig med informasjon om sykdommen. Fordelene med å fortsette som før er foreløpig større enn ulempene. Føroverveielsesfasen og overveielsesfasen kan vare i flere år.

I *overveielsesfasen* er det fortsatt positive sider med å fortsette adferden, men i motsetning til føroverveielsesfasen vil pasienten her kunne fortelle om uheldige sider ved sin adferd og i hvor stor grad det er et problem (Barth et al., 2016). Pasienten vil i denne fasen fortsatt ikke bestemme seg for at en endring skal skje. Ambivalens er et nøkkelord i denne fasen da pasienten opplever både gode og dårlige sider ved adferden. Her diskuterer pasienten adferden og «ja, men»-frase er ofte brukt for å balansere det positive og negative. Det er motstand mot endring.

Forberedelsesfasen kan ligne overveielsesfasen, men her har pasienten nesten bestemt seg for endring og ikke bare tenke på det som i overveielsesfasen (Barth et al., 2016). I denne fasen må pasienten forberede seg praktisk for å kunne gjennomføre endringen, men også forplikte seg til det. Pasienten er mer fremtidsrettet og vil begrense bruken av «ja, men» når råd blir gitt, selv om det fortsatt er ambivalens tilstede. Årsaken til endring betyr mer for pasienten nå og argumentene for å la være å endre seg er ikke like fremtredende (Barth et al., 2016). Denne fasen er ofte kort fra noen uker inntil fire måneder. Enten trer endringen i kraft ellers glir man tilbake til tidligere stadier. I denne fasen er pasienten i endringssnakk, pasienten klarer å diskutere mer mot endring enn å fortsette ugunstig adferd.

I *handlingsfasen* foregår endringen (Barth et al., 2016). Endringen kan observeres og pasienten fokuserer på endringene med positivitet i følelser knyttet til endringene samt velvære i stedet for usikkerhet og tvil. Skal endringen være vellykket må pasienten være klar over utfordrende situasjoner i forbindelse med endring. Dette kan være sosiale situasjoner, selvsaboterende tanker og følelser som kan gi tilbakefall (Barth et al., 2016). Motivasjon for å vedlikeholde handlingsfasen er konkrete faktorer som for eksempel endring i vekt, forbedring av HbA_{1c} og blodtrykk.

3.4 Empowerment

For at ordet ikke skal miste sin mening kan en ikke oversette empowerment til norsk (Tveiten & Boge, 2014). De skriver videre at det er et samlebegrep som innebærer myndiggjøring, brukermedvirkning, livsstyrketrening, styrkning, pasientkraft, egenkraftmobilisering, delaktighet eller handlingsrom i sitt eget liv (Tveiten & Boge, 2014, s. 15). Kort beskrevet er empowerment at sykepleieren gjennom sin pedagogiske funksjon skal styrke pasientens tro på seg selv og egne ressurser (Kristoffersen, 2011a). I helsesektoren har fokuset blitt flyttet fra det paternalistiske perspektivet til at mennesker skal ta mer ansvar over egen helse og på denne måten gir sykepleieren fra seg makt. Pasienten får dermed mulighet til å mobilisere ressurser og krefter på egenhånd. Dette er både en prosess og et mål fordi han bestemmer selv hvilke prioriteringer han vil ta (Kristoffersen, 2011a).

4 Hvordan kan sykepleier veilede til livsstilsendring hos pasienter med diabetes mellitus type 2?

I dette kapittelet drøftes det hvordan sykepleier kan veilede pasienter med diabetes type 2 til livsstilsendring. Gjennom hele drøftkapittelet drøftes det teoretiske rammeverket med fag- og forskningslitteratur. Først drøftes kosthold, deretter sykepleieveiledning, kommunikasjonsteknikker og MI. MI vil i tillegg være sentral gjennom hele drøftingen.

4.1 Kostholdsveiledning ved diabetes type 2

Som helsepersonell er det viktig å bidra med både praktisk og teoretisk kunnskap, samt å motivere pasienten til å oppnå sine behandlingsmål (Sagen, 2011). Sagen (2011) skriver at det kan være utfordrende for diabetespasienter å leve med sykdommen og hvordan pasienten takler dette er individuelt. Derfor mener jeg at bruk av MI vil være et godt verktøy for sykepleier for å kartlegge hvordan pasienten stiller seg til sykdommen og motivasjon til behandlingen av den.

Hva vi ønsker og velger å spise er bestemt av økonomi, vaner, tradisjoner, tid og tilgjengelighet (Aas, 2011). Det hender at god blodsukkerregulering og forebygging av diabetes type 2 ikke overensstemmer med faktorene som utgjør for våre matvalg. Dette er hovedutfordringen ved kostveiledning for diabetespasienter. Det kan være vanskelig å komme med gode råd som samtidig bevarer pasientens autonomi.

Det er viktig at pasienten selv får velge hvilke endringer han er villig til å ta med hensyn til egen helse, da ingen pasienter er like og alle har sine egne preferanser i matveien. (Helsedirektoratet, 2015). Sykepleier kan bidra med å informere om hvilke alternativer som finnes og utforske pasientens endringsvillighet. Da blir det mulig å sette små mål for at pasienten skal oppleve mestringfølelse slik at livsstilsendring blir noe positivt i stedet for å få et anstrengt forhold til mat. I relasjon til dette prøver sykepleier å følge autonomiprinsippet ved å gi god og objektiv informasjon slik at pasienten har et godt nok grunnlag for å bestemme selv (Brinchmann, 2014). Autonomiprinsippet kommer tydelig fram i MI da pasienten selv utforsker sin motivasjon og mulighet for endring. I forbindelse med å sette små delmål i livsstilsendringen er SMART-plan en god guide sykepleier kan veilede pasienten i til

å finne en endring pasienten mener er gjennomførbar (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan for eksempel være antall ganger per uke i en tidsbestemt periode sjokolade skal konsumeres eller størrelsen på mengden. Når pasienten klarer å gjennomføre målet skapes mestringsfølelse. Hvis pasienten ikke klarer å gjennomføre målet bør det justeres for å forebygge tap av motivasjon og mestringsfølelse. At et mål ikke blir oppnådd må aksepteres både av sykepleier og av pasienten hvor det er viktig at sykepleieren fortsetter å støtte pasienten på veien til livsstilsendring (Ivarsson, 2010). Dette samsvarer med det Dellasega et al. (2012) løfter frem om at pasientene foretrakk forståelse fremfor kritikk når de ikke hadde klart målet.

Forskningsartikkelen til Miller et al. (2014) peker på hvilke kostholdsområder pasientene opplever som vanskelige, blant annet overspising, høyt inntak av søtsaker og dårlig sammensatte måltider. Miller viser i sin studie at deltagerne dro nytte av kostholdsråd og ønsket kostholdsråd velkommen. Videre løfter Miller frem at ved bruk av MI i studien bidro til at pasientene økte frukt og grønnsaksinntaket. Samtidig anbefaler Helsedirektoratet (2015) økt inntak av frukt og grønnsaker og et kosthold uten store mengder mettet fett eller karbohydrater med høy glykemisk indeks. På en annen side kan det være utfordrende å tilvende seg et nytt kosthold på kort sikt. Det anbefales å ta utgangspunkt i pasientens eget kosthold og prøve å gjøre positive endringer ut i fra det. Forskning har vist at livsstilsendring slik som kostholdsomlegging ikke varer lenge hvis det ikke er gjort på pasientens premisser og tar utgangspunkt i pasientens sted i endringsprosessen (Dellasega et al., 2012; Young et al., 2014). Derimot peker Hansen et al. (2011) på at for enkelte pasienter hjalp det på motivasjonen å kutte ut sukker og søtsaker. Dette utfordrer det Miller et al. (2014) peker på i sin studie om sug etter usunne matvarer. Samtidig peker Hansen et al. (2011) også på at struktur og rytme i hverdagen var motivasjonsfaktorer for livsstilsendring. Dette er i tråd med hva Helsedirektoratet (2015) anbefaler om måltidsrytme. Miller et al. (2014) peker på at overspising, spising sent om kvelden og «food cravings» var problemområder for pasientene. Dette samsvarer med hva Hansen et al. (2011) fant ut om at pasientene kjempet mot usunn mat også. Disse problemområdene er ikke uvanlig ved endring av livsstil og er noe sykepleieren kan hjelpe pasienter med ved bruk av MI ved å skape diskrepans. For eksempel kan sykepleieren utfordre pasienten ved å si «fortell på hvilken måte det blir et problem hvis du ikke gjør noen kostholdsendringer i det hele tatt?» (Ivarsson, 2010). Å skape diskrepans hos pasienten er hensiktsmessig fordi det utløser ambivalens. Senere i endringsprosessen blir ambivalensen til pasienten løst og dette gjenspeiler de forskjellige fasene i endringsprosessen.

Forskningen understreker konkrete utfordringer som lite kunnskap om matens påvirkning på diabetes type 2 (Dellasega et al., 2012). Deltagerne fortalte at mye av informasjonen de fikk var ny, spesielt det de lærte om karbohydrater og dets påvirkning på blodsukkeret. I pasient- og brukerrettighetsloven er det fastsatt at alle pasienter skal ha opplæring om sykdommen sin som første del i behandlingen (Helsedirektoratet, 2015). Studiedeltagerne i forskningen til Miller et al. (2014) ble ved hjelp av intervensjonen mer bevisst på kosthold som gjorde at de tok bedre kostholdsvalg i sosiale situasjoner som å spise ute. Dette løfter fram at MI i veiledningssamtale kan utløse livsstilsendring da deltagerne tok et bedre valg fremfor et annet. Derimot kan det i sosiale situasjoner være utfordrende å ta riktig valg i forbindelse med kosthold da det kan være press om å spise slik andre mennesker uten diabetes type 2 gjør. MI i veiledningssamtalen bevisstgjør utfordringer som kan komme, men også styrker pasientens mestringsevne i slike situasjoner ved å forberede han på dem (Ivarsson, 2010). Sykepleier og pasient kan sammen finne teknikker på hvordan pasienten kan takle utfordringen samtidig som sykepleier støtter og oppmuntrer pasienten til å tro at han kan klare det. Et eksempel på en sosial situasjon ser jeg for meg kan være et bursdagsselskap hvor det blir servert kake. Om pasienten er svært glad i søtsaker kan dette være en vanskelig situasjon å være i. Det kan være vanskelig for pasienten å si nei takk til et kakestykke, men som en løsning kan han øve seg på å spise et halvt stykke eller begrense det til maksimum ett stykke.

Da det er uregelmessigheter i blant annet matinntak og valg av matvarer som påvirker blodsukkerkontrollen, er det viktig at pasienten har kunnskaper om kosthold og hvordan det påvirker sykdommen for å ha et så stabilt blodsukker som mulig (Jenssen, 2011). Flere av forskningsartiklene har som mål at langtidsblodsukkeret skal reduseres og de vektlegger bedret egenomsorg relatert til kostholdsvalg da det er en viktig del av egenomsorgen i diabetesbehandlingen (Chen et al., 2012; Dellasega et al., 2012; Hansen et al., 2011; Miller et al., 2014; Young et al., 2014). Dette ønsket de å oppnå ved bruk av MI, noe resultatene viste at var fordelaktig da deltagerne i studien opplevde bedret egenomsorg. Her løftes frem den viktige rollen sykepleier har i veiledningssamtalen. Sykepleier besitter mye kunnskap om egenbehandlingen av diabetes type 2 som hun deler med pasienten på en måte som pasienten er mottakelig for. Forskning viser at pasienter bedrer egenomsorgen i større grad når sykepleieren kommer med forslag til endring på en empatisk måte hvor de samtidig ble empowered til å ta egne valg (Dellasega et al., 2012).

Helsedirektoratet (2015) skriver at komplikasjoner som følge av diabetes type 2 ses ved HbA_{1c} >8 %. Til sammenligning har friske mennesker HbA_{1c} <6 % og behandlingsmålet til diabetikere er HbA_{1c} <7 %. Forskningen til (Chen et al., 2012; Miller et al., 2014) fant at HbA_{1c} ble redusert i intervensjon ved bruk av MI. Imidlertid viste forskningen til (Chen et al., 2012) at denne reduksjonen ikke var signifikant hvis pasienten allerede hadde et lavt HbA_{1c} nivå, <7% (Aas, 2011). Likevel tyder dette på at livsstilsendring vil kunne hjelpe på følgesykdommer og symptomene til diabetes type 2 og forebygge utvikling desto mer. Imidlertid viser dette at pasienter trenger veiledning til livsstilsendring over tid da endringsprosessen varer lenge (Barth et al., 2016). Sykepleieren får mulighet til å bli kjent med pasienten og skape en relasjon hvor pasienten blir trygg på sykepleieren. Dette mener jeg er en fordel da sykepleieren hjelper pasienten med de forskjellige utfordringene han møter på underveis i endringsprosessen. I tillegg vil det være motiverende for pasienten å fortsette livsstilsendringen når han ser konkret fremgang, for eksempel ved redusert HbA_{1c}. Hansen et al. (2011) viser til i sin studie at kunnskaper om diabetes type 2 og medfølgende komplikasjoner var motivasjonsfaktorer for livsstilsendring. I denne sammenhengen understreker Spesialisthelsetjenesteloven (2016) at sykehusene skal ivareta opplæring av pasienten. I veiledningssamtalen er sykepleieren opplæringsansvarlig. Samtidig har pasienten rett på informasjon om sykdommen for et godt nok grunnlag for medbestemmelse i behandlingen (Pasientrettighetsloven, 2015).

I følge Hanssen og Aas (2012) er at pasienten opplever velvære et vel så viktig område som forebygging av akutte og kroniske komplikasjoner. Dette samsvarer med hva forskningsartiklene i min oppgave har hatt som fokusområde. Det er ikke bare bedring av egenomsorg som er i fokus, det er også blant annet fysisk og psykisk velvære samt nedstemthet (Chen et al., 2012; Dellasega et al., 2012; Young et al., 2014). Dette ble tatt hensyn til ved at pasientene fikk snakket om områder som opptok dem i hverdagen som kunne være til hinder for velvære og egenomsorg i samtalen med sykepleier. Dette er en måte for sykepleieren å møte pasienten der han er som er et viktig element i MI (Droppa & Heeyoung, 2014). Samtidig er det i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.3 om at hun skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

4.2 Sykepleieveiledning

Når pasienten i en veiledningssamtale får sin mestringskompetanse styrket, vil det si at kunnskaper, holdninger og følelser blir forsterket gjennom refleksjon, bevisstgjøring og fokusering på de aktuelle områdene (Tveiten, 2013). Dette henger sannsynligvis sammen med at det foregår en dialog mellom likeverdige som er en foretrukket fremgangsmåte ifølge forskningen til Dellasega et al. (2012). Samtidig ses mange likheter mellom sykepleieveiledning og MI. Både MI og sykepleieveiledning retter seg mot økt mestringskompetanse for pasienten ved bruk av humanistiske verdier og kunnskap (Tveiten, 2013). Helsedirektoratet (2017) peker på at MI må ikke nødvendigvis bli utført bare av helsepersonell. På en annen side er det essensielt i sykepleierveiledningen at sykepleier har kunnskaper om diabetes type 2 for å kunne gi pasienten riktig og objektiv informasjon (Tveiten, 2013). Forklart på en annen måte er det faglige perspektivet gjennomtenkt i en profesjonell veiledningssamtale og pasienten skal dra nytte av det (Eide & Eide, 2011). At det er gjennomtenkt i et faglig perspektiv er en grunn til at helsepersonell med kunnskaper om diabetes og behandlingen bør ta disse veiledningssamtalene da pasientene vil ha behov for informasjon underveis.

Andre elementer i MI er støtte, lytte, spørre, motivere og prosessvurdere, mens det i helseveiledning også inkluderer å undervise, informere og råde (Christiansen, 2013). I MI skal man være påpasselig med å komme med råd, men derimot be om lov til å tilby dem (Barth et al., 2016). Da kan sykepleier utforske pasientens egen motivasjon, ressurser og endringsvillighet. På denne måten bevarer sykepleieren pasientens integritet, verdighet og medbestemmelsesrett.

Det kan ta 10-12 år før diabetes blir stilt som diagnose (Jenssen, 2011). Siden det ofte tar lang tid før diagnosen blir stilt, vil pasienten kunne fortsette med uvaner i livsstilen som er ugunstig når man har sykdommen. Pasienten ofte har hatt sykdommen i flere år uten tydelige symptomer som kan forklare hvorfor pasienten ikke alltid tar sin egen sykdom like alvorlig som sykepleieren faglig vurderer det. Dette henger sannsynligvis sammen hvorfor det kan være vanskelig for sykepleiere å ikke gi velmenende råd, ikke argumentere for endring og være frustrert over at pasienten ikke følger råd og informasjon som blir gitt (Helsedirektoratet, 2017). På en annen side forklarer dette hvorfor det er så viktig å rulle med motstand og utforske ambivalens da pasienten har en livsstil gjennom mange år som kan være vanskelig å

endre. Forskning har vist at denne måten å møte pasienten på gjør at de får mindre dårlig samvittighet og er mer åpne for endring (Dellasega et al., 2012).

Lovverket forteller at pasienten har rett på informasjon, undervisning og medbestemmelse i behandlingen (Pasientrettighetsloven, 2015). Det er vanskelig å gjennomføre noe man får beskjed om uten å være klar for endringen selv, men følge råd uten motivasjon. Det er en endring i helsesektoren om å legge ansvaret på pasienten (Kristoffersen, 2011a). Dette betyr at det ikke er paternalistisk som før og empowerment er i fokus. Kristoffersen (2011a) løfter frem at pasienten skal mobilisere krefter og ressurser på egenhånd med utgangspunkt i egne prioriteringer. Dette passer overens med økt egenmestring og oppmuntring gjennom empowerment i forskningen til Dellasega et al. (2012) og Young et al. (2014).

4.2.1 Kommunikasjonsteknikker

Helsedirektoratet (2015, s. 36) anbefaler åpne spørsmål som «hvilke tanker har du knyttet til at du har fått diabetes?», «opplever du at du vanligvis mestrer situasjoner?» og «hva ser du for deg at du kan gjøre til neste gang?». Disse spørsmålene mener jeg setter pasienten i førersetet for sin opplevelse av sykdommen og valg knyttet til endring av livsstil i forbindelse med den. Samtidig er disse spørsmålene knyttet både til MI og sykepleierveiledning (Barth et al., 2016; Tveiten, 2013).

Det er viktig med trening i kommunikasjonsferdigheter fordi måten man møter en pasient på i en samtale kan utløse sterke reaksjoner. Dette samsvarer med at Dellasega et al. (2012) og (Young et al., 2014) vektla opplæring i MI for at sykepleierne skulle få mer kunnskap om dette og være forberedt i veiledningssamtalen med pasienter.

Det er etablert at i sykepleierveiledningen bør pasienten føle seg trygg i relasjonen til sykepleieren for å kunne få utnyttet den best mulig. Dette er i tråd med hvordan vi oppfatter stemningen mellom samtalepartneren har mye med nonverbal kommunikasjon å gjøre (Eide & Eide, 2011). Jeg mener sykepleier må være bevisst sin holdning i dialogen med pasienten da han også leser sykepleierens nonverbale kommunikasjon. Det kan påvirke stemningen i samtalen og om han føler seg trygg, akseptert og at sykepleieren ønsker han vel.

I dialogen med veileder er speiling som teknikk det som får frem følelser (Eide & Eide, 2011). På denne måten kan sykepleier sette ord på følelser pasienten kanskje ikke er klar over at han har. Følelser kan avsløre ambivalens som sykepleieren kan utforske. Dette kan hun gjøre ved å bruke åpne spørsmål for å utforske motivasjon og endringssnakk hos pasienten.

Reformulering eller parafrasering er en del av veiledningen da dette bevisstgjør pasienten, han kan oppleve klargjørende øyeblikk. På denne måten viser sykepleieren at hun er interessert i samtalen og prøver å forstå og undersøke det pasienten sier eller synes er vanskelig. I studien til Dellasega et al. (2012) fikk en pasient ny motivasjon til måling av blodsukker da sykepleieren utforsket problemet ved bruk av samtaleteknikker.

4.3 Motiverende intervju

Droppa og Heeyoung (2014) argumenterer for at MI utforsker hva pasienten bekymrer seg over og gjør dem oppmerksom på deres adferd, deres ambivalens over adferden og hva som kan utløse en endring på det området. De peker på at dette bevarer pasientens autonomi hvor pasientens perspektiv, prioriteringer, ressurser og motivasjon er i fokus, i stedet for den tradisjonelle veiledningen hvor pasienten følger sykepleierens råd (Droppa & Heeyoung, 2014). Sammenlignet med tradisjonell veiledning har MI vist seg mer resultatrik på områder som omhandler livsstilsendring (Ivarsson, 2010).

Metoden er rådgiverstyrt selv om sykepleier tar hensyn til pasientens tempo og betingelser. Her vil pasientens antydning om ubevisste hint om positiv endring forsterkes av rådgiverens oppmerksomhet mot dette, som får pasienten til å finne egne grunner til endring (Ivarsson, 2010). Dette inkluderer ambivalens pasienten måtte ha. Pasienten vurderer de valgene han har mens sykepleieren tilbyr en samtale som fordyper seg i hva han mener om eget handlingsmønster.

Helsedirektoratet (2017) argumenterer for at ambivalens ikke alltid skal utforskes da det er situasjoner hvor pasienten ikke har behov for det. Han kan være i en krise, alvorlig syk eller resignert i forbindelse med sin sykdom hvor ambivalens ikke bør utforskes. Helsedirektoratet (2017) peker på at det er viktigere at sykepleieren er en støtte som kan stabilisere situasjonen med trøst, hjelp og oppmuntring.

Det virker motiverende for pasienten at han opplever positive endringer av det arbeidet han har lagt ned. I følge Chen et al. (2012); Dellasega et al. (2012) har pasientene følte seg bedre i tiden etter veiledning med MI. Dette samsvarer med at når diabetes går ubehandlet over tid, oppstår tretthet og slapphet (Jenssen, 2011).

Droppa og Heeyoung (2014) peker på at det kan være enkelt for sykepleieren å finne en løsning på et problem, men det kan være vanskelig for pasienten å ta imot et slikt råd. Helsedirektoratet (2017) løfter frem at man ikke skal argumentere for endring hos pasienter. Det kan minne om paternalistisk veiledning som skaper dårlig samvittighet og øker motstanden mot endring hos pasientene. Dette samsvarer med hva pasienter selv har opplevd i møte med standardbehandling og sykepleieveiledet MI (Dellasega et al., 2012). Pasientene fortalte at de foretrakk at de slapp dårlig samvittighet når de har mislyktes. Droppa og Heeyoung (2014) forklarer dette med at sykepleieren bør møte pasienten der han er i endringsprosessen uten å utfordre motstand. Dette kan hun gjøre blant annet ved å akseptere ambivalensen til pasienten. Samtidig ser man at det er gunstig at sykepleieren snakker om faktorer pasienten selv synes er viktige for å hjelpe til med adferdsendring. Dette begrunnes med at sykepleieren skal drive helhetlig omsorg i møte med pasienter (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Ivarsson (2010) løfter frem at det viktige i endringsnakk er at pasienten selv må finne det meningsfulle ved endringen. Han må ha kunnskap om hva det vil si å endre seg; hvordan situasjonen er nå og hvordan den vil bli ved endring. Her forsøker sykepleier å øke diskrepansen, men samtidig fokusere på mestringsstillit da pasienten får støtte om at endring er mulig og at han har ressurser og kunnskaper nok til det.

Det er retningslinjer i MI som sykepleier bør følge for å lokke frem motivasjonen til pasienten med en oppnåelig plan han kan etterleve (Droppa & Heeyoung, 2014). Å løse et problem virker enkelt for veilederen, men dette bør motstås da det ikke er heldig for pasienten at sykepleieren kommer med sitt perspektiv. Dette kan minne om paternalistisk veiledning som forskning viser at pasienter ikke trives med. (Dellasega et al., 2012). Det skaper dårlig samvittighet og øker motstanden til endring.

En av grunnverdiene i MI er at sykepleier og pasient finner ut sammen hvor problemet ligger, men sykepleier styrer samtalen (Helsedirektoratet, 2017). Videre peker de på at endring finner lettere sted hvis en blir akseptert og får ros for det en får til. På denne måten får pasienten bestemme over seg selv og kan velge å ikke følge anbefalinger. På en annen side kan man se at autonomiprinsippet i dette paradokset kan være vanskelig for sykepleier å akseptere, men det er desto viktigere at hun gjør for relasjonens del. I samtalen må det anerkjennes at ikke alle råd vil bli fulgt. Dette samsvarer med at det bevarer tillitten til sykepleier og gjør pasienten trygg i relasjonen når han ikke blir dømt av sykepleier i situasjoner som at han ikke har klart å følge et råd eller oppnådd et mål (Dellasega et al., 2012). Helsedirektoratet (2017) argumenterer videre at sykepleieren i sin funksjon som veileder ved bruk av MI skal være nysgjerrig på pasienten ved å lytte, speile og vise interesse for pasienten og på denne måten muliggjøre endring hos pasienten.

Videre er forståelse av motivasjonen til pasienten viktig samt at det er viktig å lytte. I denne sammenhengen peker Droppa og Heeyoung (2014) på at det gjelder spesielt å lytte etter hva de tenker om adferdsendring. Her er empowerment en faktor når pasienten utforsker muligheter for adferdsendring ved støtte av sykepleieren. Dellasega et al. (2012) pekte på empowerment som område pasienten satte pris på i MI-samtalen. Samtidig er empowerment et nytt fokusområde i helsesektoren for at pasienter skal ta mer ansvar for egen helse og behandling (Kristoffersen, 2011a).

Helsedirektoratet (2015) hevder at pasient vil i større grad oppnå målene som blir satt hvis pasienten er delaktig, føler seg trygg og har tillit til veilederen, men at det er viktig å jobbe med motivasjonen og mestringsforventningen i forbindelse med sykdommen. Dette samsvarer med hva forskningen viser (Chen et al., 2012; Dellasega et al., 2012; Young et al., 2014). Det bør settes av nok tid for at pasienten skal få mulighet til å snakke om temaer i livet som vil ha effekt på diabetesbehandlingen. Forskning viser at det er gunstig med nok tid i en veiledningssamtale, men det viser seg at det ikke alltid er mulighet til dette. Forskningen til Dellasega et al. (2012) hevder at flere pasienter opplevde det som om de hadde god tid i veiledningssamtalen på grunn av måten sykepleier ledet den på ved bruk av MI. De peker på at deltagerne trivdes godt med god tid i veiledningssamtalen, men at den ikke var avgjørende for den gode opplevelsen.

4.3.1 Endringsprosessen

Når pasienten får diabetes type 2 diagnostisert kan han være i føroverveielesefasen eller allerede ha kommet lenger i endringsprosessen. I starten er det mest følelser og tanker som tar plass, mens senere i prosessen vises konkrete handlinger (Barth et al., 2016).

Endringsprosessen bruker lang tid siden de forskjellige fasene varierer mellom uker og år. Dette underbygger viktigheten av å utforske hvor pasienten er i endringsprosessen for å stimulere til endringer som fører godt med seg (Droppa & Heeyoung, 2014).

I føroverveielesefasen er ikke komplikasjoner av sykdommen noe pasienten bekymrer seg for, derfor kan det være vanskelig for sykepleier å bruke informasjon som motivasjonsfaktor (Barth et al., 2016). På en annen side viser studien til Hansen et al. (2011) at det er faren for diabetes type 2 og medfølgende komplikasjoner som motiverte til livsstilsendring. Imidlertid er det viktig i føroverveielesefasen at sykepleieren skaper en relasjon til pasienten for at han skal ha et trygt sted å henvende seg til videre i prosessen (Kristoffersen, 2011b).

Helsedirektoratet (2017) argumenterer for at forholdet mellom endringsutsagn og status-quo-utsagn er i fordel for at endringer skje. Sykepleieren må gjenkjenne at pasienten er i overveielesefasen hvor pasienten fortsatt har motstand mot endring. Når en pasient har hatt et sett med levevaner over flere år og prøver å endre livsstil er det forventet med motstand (Helsedirektoratet, 2017). Her må sykepleier rulle med motstand. Sykepleier demper motstanden ved bruk av kommunikasjonsteknikker som åpne spørsmål, være ikke dømmende, empatisk og uttrykke at pasienten har frihet til å bestemme endringen selv. Ved bruk av samtaleteknikker kan sykepleieren bevisstgjøre pasienten på motstanden han har som muligens får han til å vurdere endring og dermed gå over i neste fase. Ivarsson (2010) løfter frem at det er viktig å redusere motstandsyttringer fordi det skaper ikke et godt samarbeid og motstanden pasienten snakker om forsterkes.

I forberedelsesfasen kan sykepleier støtte pasienten med forberedelsene som må gjøres for at endring skal skje (Barth et al., 2016). Dette gjør hun ved kunnskaper om hva som må til og å støtte pasienten for at han skal få tillit til å gjennomføre det. Helsedirektoratet (2017) nevner at å støtte til mestringskompetanse kan gjøres ved refleksjon, åpne spørsmål og oppsummeringer. Flere pasienter ønsket å klare endringen fordi sykepleieren var støttende og ønsket dem vel (Dellasega et al., 2012). Videre er det viktig at sykepleier utforsker ambivalens pasienten har til endringen for at han skal binde seg til endringen (Barth et al.,

2016). I den sammenheng løfter Kristoffersen (2011b) frem at avtaler må lages mellom sykepleier og pasient, som å sette dato for endring og hva den innebærer. Samtidig nevner Kristoffersen (2011b) at endringsforsøk er en naturlig del av prosessen og om pasienten mislykkes så er dette en viktig erfaring han tar med seg videre.

Dellasega et al. (2012) vektlegger viktigheten av at handlingsplanleggingen forgår i et likeverdig samarbeid mellom pasient og sykepleier. Barth et al. (2016) skriver at det er positive følelser knyttet til endringen i handlingsfasen, men løfter frem at det likevel er viktig at pasienten er forberedt på selvsaboterende tanker. Sykepleieren forbereder pasienten på utfordringer som kan komme ved å utforske tanker og følelser pasienten har til situasjoner han opplever som vanskelig. Hun gjør dette ved utfordre pasienten til scenarier der han må ta valg og sammen får de utforsket valgalternativer han kan benytte seg av i scenariet. Hvis pasienten ikke gjennomfører endringen er det fortsatt viktig at sykepleieren fortsetter å støtte, oppmuntre og akseptere pasienten slik at fortsetter å tro at livsstilsendring er mulig (Dellasega et al., 2012).

5 Avslutning

Sykepleieren kan veilede til livsstilsendring ved å ha kunnskaper om den bakenforliggende sykdommen og endringsprosessen for å kunne møte pasienten der han er (Helsedirektoratet, 2015; Ivarsson, 2010). Like viktig er det at hun innehar kommunikasjonsferdigheter i tråd med sykepleieveiledning og motiverende intervju. På denne måten skaper hun en trygg relasjon til pasienten slik at han får utbytte av veiledningen i form av livsstilsendring. Sykepleieren kommer med kunnskaper om sykdommen og hva som er et diabetesvennlig kosthold (Helsedirektoratet, 2015). Samtidig utforsker sykepleieren ambivalensen til pasienten og hvor i endringsprosessen han er som bevarer hans autonomi til å velge selv hvor raskt endringen skal skje (Barth et al., 2016). Sykepleieren ruller med motstand når han er ambivalent og snakker motstandssnakk. Sykepleieren støtter og oppmuntrer pasienten selv om han ikke nødvendigvis klarer målet sitt.

Motiverende intervju i sykepleieveiledning har vist seg effektivt i pasientbehandlingen (Ivarsson, 2010). Sykepleiere skal bidra til at ny forskning anvendes i praksis ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4 (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Det finnes mye litteratur om at MI bør anvendes i pasientsamtaler som kan bidra til en endringsprosess hos pasienter som har behov for det i forbindelse med sin sykdom (Ivarsson, 2010). Likevel bør det forskes mer på bruken av MI i veiledningssamtaler med pasienter med diabetes type 2 da det enda ikke er standard i helseveiledning å bruke MI. I tillegg er det interessant å undersøke om større studier vil finne signifikante resultater ved HbA_{1c} ved bruk av MI.

Referanseliste

- Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 123-144). Oslo: Akribe.
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 205-215). Oslo: Akribe.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2016). *Motiverende intervju. Samtaler om endring* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2014). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H.-S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 637-644. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011
- Christiansen, B. (2013). Helseveiledning - Hva menes? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (1. utg., s. 13-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). Den litterære oppgaven *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 223-231). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 63-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M., Gabbay, R. A., 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. doi: 10.1016/j.diabres.2011.08.011
- Diabetesforbundet. (2017). Komplikasjoner ved diabetes. Hentet 05.03.2017 fra <https://diabetes.no/om-diabetes/komplikasjoner/>
- Droppa, M., & Heeyoung, L. (2014). Motivating interviewing: a journey to improve health. *Nursing*, 44(3), 40-46. doi: 10.1097/01.NURSE.0000443312.58360.82
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Graue, M., & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 237-253). Oslo: Akribes.
- Hansen, E., Landstad, B. J., Hellzén, O., & Svebak, S. (2011). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 484-490.
- Hanssen, K. F., & Aas, A.-M. (2012). Diabetes mellitus. I Drevon & Blomhoff (Red.), *Mat og medisin. Lærebok i generell og klinisk ernæring* (6. utg., s. 398-411). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2017). *Motiverende intervju som metode*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode>.
- Helsedirektoratet. (2017, 07.03). "MI-ånden". Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#"mi-ånden"](https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#).
- Ivarsson, B. H. (2010). *MI - motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Göthia Forlag.
- Jensen, T. (2011). Diabetes mellitus. I E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 318-391). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T. (2014). Diabetes mellitus. I E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 379-390). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011a). Den myndige pasienten. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., s. 337-384). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011b). Livsstil og endring av livsstil. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., s. 197-244). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra http://www.ldh.no/forside/_attachment/691?ts=13a0d932148.
- Miller, S. T., Oates, V. J., Brooks, M. A., Shintani, A., Gebretsadik, T., & Jenkins, D. M. (2014). Preliminary efficacy of group medical nutrition therapy and motivational interviewing among obese African American women with type 2 diabetes: a pilot study. *Journal of obesity*, 2014.

- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasientrettighetsloven. (2015). *Rett til medvirkning og informasjon*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 19-67). Oslo: Akribe.
- Skafjeld, A., & Graue, M. (2011). Innledning. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 14-16). Oslo: Akribe.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2016). *Særlige plikter og oppgaver*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning - mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). Innledning. I S. Tveiten & K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk. Nye perspektiver* (1. utg., s. 9-14). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Young, H., Miyamoto, S., Ward, D., Dharmar, M., Tang-Feldman, Y., & Berglund, L. (2014). Sustained effects of a nurse coaching intervention via telehealth to improve health behavior change in diabetes. *Telemed J E Health*, 20(9), 828-834. doi: 10.1089/tmj.2013.0326