

Motiverende intervju som støtte til livsstilsendringer ved diabetes mellitus type 2

Hvilke erfaringer har brukere med diabetes mellitus type 2 med motiverende intervju som et verktøy til å oppnå livsstilsendring ved frisklivssentral?

Kandidatnummer: 345
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7678
Dato: 12.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.21
Tittel Motiverende intervju som støtte til livsstilsendringer ved diabetes mellitus type 2	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke erfaringer har brukere med diabetes mellitus type 2 med motiverende intervju som et verktøy til å oppnå livsstilsendring ved frisklivssentral?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teori om diabetes mellitus og livsstilsendringer vil først presenteres, etterfulgt av sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon, kommunikasjon som fremmer motivasjon, motiverende intervju og teori om frisklivssentralen. Avslutningsvis vil jeg presentere etiske- og juridiske aspekter.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litterær oppgave som inkluderer fire kvalitative forskningsartikler.</p> <p><u>Drøfting</u> På bakgrunn av brukernes erfaringer vil jeg drøfte deres opplevelser med brukervedvirkning og motivasjon til livsstilsendringer gjennom motiverende intervju. Til slutt drøfter jeg om frisklivssentralen er en egnet plattform for helsefremming.</p> <p><u>Konklusjon</u> Brukernes erfaringer viser til at motiverende intervju kan bidra til å fremme brukervedvirkning i samtaler om livsstilsendringer. Imidlertid kan det tyde på at sykepleiers kompetanse i å anvende metoden kan påvirke deres opplevelser. Flere av brukerne i studiene beskrev at de følte seg sett og hørt, noe som fremmet motivasjon til å gjøre livsstilsendringer. Frisklivssentralen kan være en gunstig arena for helsefremming. At brukerne følges opp i en tid etter livsstilsendringer er et gjennomgående funn i artiklene. To av studiene inkluderer derimot brukere med diabetes mellitus type 2 som en del av et større utvalg. Det er ikke sikkert at erfaringene med motiverende intervju som verktøy til livsstilsendringer er lik på tvers av deres helsemessige utfordringer, men dette fremkommer ikke i studiene. Mer forskning på brukere av helsetjenesters erfaringer med motiverende intervju kan bidra til å fremme kunnskap hos sykepleiere om hvordan vi kan støtte brukere med diabetes mellitus type 2 til livsstilsendringer.</p>	

(Totalt antall ord: 255)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering.....	2
1.4	Disposisjon	3
2	Teori	4
2.1	Diabetes mellitus type 2	4
2.1.1	Livsstil og livsstilsendring ved diabetes mellitus type 2.....	4
2.2	Sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon	5
2.3	Kommunikasjon som fremmer motivasjon	5
2.4	Motiverende intervju.....	6
2.4.1	Holdningssettet i MI.....	6
2.4.2	Ambivalens	7
2.4.3	Status quo- snakk og endringsnakk	8
2.5	Frisklivssentral	8
2.6	Etiske og juridiske aspekter	9
3	Metode.....	10
3.1	Litteratursøk.....	10
3.2	Fag- og forskningslitteratur	12
3.3	Kildekritikk.....	13
3.4	Etiske vurderinger.....	14
4	Resultater.....	15
5	Diskusjon	17
5.1	Brukermedvirkning i lys av MI	17
5.2	Å motiveres til livsstilsendringer gjennom MI	19
5.3	Frisklivssentral som arena for helsefremming og forebygging.....	22
6	Avslutning.....	26
7	Referanseliste.....	27

1 Innledning

Innledningsvis vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, etterfulgt av problemstilling, avgrensning og presisering og tilslutt oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn

I årene fremover vil det oppstå store utfordringer knyttet til endringer i befolkningens sykdomsbilde. Økt levealder, bedre behandling og livsstilsendringer vil blant annet få betydning av andelen som lever med kroniske sykdommer. I kjølvannet av dette må samfunnet ruste seg på å møte nye utfordringer (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 7). Diabetes mellitus er en av de hyppigst forekommende folkesykdommene som i stor grad vil prege helse- og omsorgstjenesten i fremtiden. Nye beregninger viser at mellom 316 000- 345 000 har diabetes i Norge. Av disse har ca. 90 % diabetes mellitus type 2, slik at også dette er den vanligste formen for diabetes (Folkehelseinstituttet, 2020). I takt med høyere levealder i befolkningen ses en stigende prevalens. Sykdommen er forbundet med økt dødelighet og risiko for alvorlige senkomplikasjoner (Folkehelseinstituttet, 2017). Som et resultat av at forventningene til helse- og omsorgstjenesten øker, vil kommunene få et større ansvar for å ivareta et helhetlig pasientforløp (Birkeland & Flovik, 2018, 18- 19).

Tilbud ved frisklivssentral synes å være en nødvendig satsning i kommunene for å fremme helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2016). Kvalifisert veiledning og opplæring kan være helt avgjørende for sykdomsforløpet og den enkeltes opplevelse av livskvalitet. Gjennom sitt arbeid på frisklivssentralen kan sykepleieren støtte den enkelte med diabetes til økt kunnskap og mestring av sykdommen gjennom livsstilsendringer (Karlsen, 2011, s. 216-217; Helsedirektoratet, 2016).

I løpet av årene jeg har arbeidet på ulike helseinstitusjoner har jeg møtt flere personer med diabetes mellitus type 2. Til tross for at mange har tilstrekkelig med kunnskap om egen sykdom foretar en ikke nødvendigvis hensiktsmessige valg når det gjelder egen helse. Felles synes å være en manglende motivasjon for å opprettholde gode vaner. Disse observasjonene har dannet grunnlaget for flere faglige diskusjoner og refleksjoner; deriblant hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at brukere som lever med diabetes mellitus type 2 foretar livsstilsendringer som er gunstig for egen helse. Formålet med denne oppgaven er å belyse

brukere med diabetes mellitus type 2 sine erfaringer med motiverende intervju da dette kan bidra til å fremme kunnskap hos sykepleiere i arbeidet med livsstilsendringer ved frisklivssentral.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg vil i min oppgave besvare følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har brukere med diabetes mellitus type 2 med motiverende intervju som et verktøy til å oppnå livsstilsendring ved frisklivssentral?

1.3 Avgrensning og presisering

Oppgaven vil henholdsvis belyse hvilke erfaringer brukere med diabetes mellitus type 2 har med motiverende intervju. Diabetes mellitus type 2 skal heretter forkortes til DM2. Litteraturen anvender *motiverende intervju* og *motiverende samtale* om hverandre, men for enkelhetens skyld velger jeg å forholde meg til *motiverende intervju* som en direkte oversettelse av den engelske betegnelsen ”motivational interviewing”. Motiverende intervju skal her forkortes til MI. Forskningsartiklene som benyttes i oppgaven foretar ingen tydelig avgrensninger vedrørende alder, annet enn at utvalget består av personer i alderen 18 år og eldre. Av hensyn til dette vil heller ikke oppgaven avgrenses til å gjelde en spesifikk aldersgruppe. Konteksten vil begrense seg til brukere som mottar tilbud ved frisklivssentral. Oppgaven vil i liten grad fokusere på patofysiologien bak diabetes, da dette ikke anses å være relevant for å besvare min problemstilling. Det vil ikke tas hensyn til hvor lenge brukerne har hatt diagnosen, fordi dette ikke tydelig fremkommer i forskningsartiklene. Begrepene *pasient*, *klient* og *bruker* benyttes parallelt i litteraturen, men jeg velger å forholde meg til sistnevnte fordi denne betegnelsen benyttes på frisklivssentral. Videre vil *hjelper*, sett i sammenheng med MI, erstattes med *sykepleier* da oppgaven er sett i lys av et sykepleiefaglig perspektiv. Sykepleier vil i noen tilfeller omtales som hun, og brukeren som han. Dette er et tilfeldig valg for å skille overnevnte.

1.4 Disposisjon

Jeg vil innledningsvis gi en innføring i teori om diabetes mellitus type 2 og livsstilsendringer, etterfulgt av sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon, deretter kommunikasjon som fremmer motivasjon, motiverende intervju og frisklivssentralen. Etske og juridiske aspekter vil bli presentert til slutt i teoridelen. Jeg vil deretter beskrive valg av metode, litteratursøk, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk og fag- og forskningslitteratur. Til slutt vil jeg komme med kildekritikk og presentere funnene i forskningsartiklene. Avslutningsvis vil jeg drøfte fag- og forskningslitteratur i lys av min problemstilling, etterfulgt av en oppsummering.

2 Teori

I denne delen vil det teoretiske grunnlaget for oppgaven bli presentert.

2.1 Diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus type 2 er en kronisk stoffskiftesykdom med forhøyet blodglukose som skyldes absolutt eller relativ insulinmangel, ofte i kombinasjon med insulinresistens. Sykdommen debuterer som regel hos personer i en alder over 30 år (Norsk legemiddelhåndbok, 2018). Overvekt, fysisk inaktivitet, kosthold og røyking nevnes blant de viktigste påvirkbare risikofaktorene for utvikling av DM2. Sykdommen er forbundet med senkomplikasjoner fra nyrer, øyne, lever og hjerte- og karsystemet (Folkehelseinstituttet, 2017). Utviklingen av senkomplikasjoner har i stor grad sammenheng med forhøyet blodglukose, kolesterol og blodtrykk over tid (Allgot, 2011, s. 205).

2.1.1 Livsstil og livsstilsendring ved diabetes mellitus type 2

Begrepet livsstil kan forstås som mønstre av atferd, vaner og holdninger som er typiske for den gruppen en tilhører eller ønsker å tilhøre (Aarø mfl., 1986, henvist i Kristoffersen, 2017, s. 298). Fordi det er en sammenheng mellom risikofaktorer slik som inaktivitet og overvekt som er sterkt forbundet med livsstil, blir DM2 ofte omtalt som en livsstilssykdom (Allgot, 2011, s. 206). Studier viser at DM2 er vanligere hos personer med kort utdanning enn lang utdanning (Agardh, 2011; Joseph, 2010, referert i Folkehelseinstituttet, 2018). En mulig årsak er at levevaner som røyking, fysisk aktivitet og kosthold ofte er tilknyttet sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet, 2018). Livsstilsendringer kan være nødvendig for å fremme helse, samt forebygge eller hindre forverring av sykdom (Kristoffersen, 2017, s. 295). Eksempler på livsstilsendringer ved DM2 er vektnedgang eller regulering av kosthold. Det anbefales at personer med DM2 er fysisk aktive i minimum 150 minutter i uken, fordelt på minst tre dager. I tillegg bør en ha en regelmessig måltidsrytme og et varierende kosthold bestående av blant annet mye grønnsaker, magre meieriprodukter og lite sukker (Helsedirektoratet, 2021). Kunnskap om kosthold, fysisk aktivitet og medikamentell behandling er viktige elementer for å oppnå god blodglukosekontroll, og kan fremmes i samtale med sykepleier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

2.2 Sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon

Helsefremmende arbeid kan beskrives som en prosess som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å ta kontroll over og forbedre egen helse (WHO, u.å). Helsefremmende- og forebyggende sykepleie har i senere tid blitt betraktet som komplementære fenomener fremfor alternative tilnæringer fordi helsefremming kan virke forebyggende (Mittelmark et al., 2018, s. 20). I sykepleie handler helsefremming om alle de tiltak som rettes mot at mennesket oppnår mestring i forhold til egen helse og i den sammenheng bidrar til at helseproblemer reduseres eller unngås. Det innebærer blant annet å hjelpe mennesker til å mestre langvarige helseproblemer, samt konsekvensene av disse på best mulig måte. Mestring kan beskrives som hvordan man møter vanskelige situasjoner, og er summen av personens indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere ytre krav og konflikter (Tveiten, 2018, s. 237-238). Egenmestring er avgjørende for at en person med diabetes kan leve godt med sykdommen og unngå alvorlige komplikasjoner. Jo mer kunnskap du har om sykdommen, desto bedre forutsetninger har du for å mestre den (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Ved å tilrettelegge for informasjon, undervisning og veiledning kan sykepleieren sørge for at brukeren oppnår kompetanse og evner til å ta kontroll over de faktorer som påvirker helse og mestring (Tveiten, 2018, s. 246).

2.3 Kommunikasjon som fremmer motivasjon

Å motivere gjennom kommunikasjon kan være utfordrende. I følge selvbestemmelsesteorien, avhenger en persons indre motivasjon av i hvilken grad hans eller hennes behov for selvbestemmelse, tilknytning og kompetanse eller mestringsfølelse anerkjennes og tilfredsstilles (Deci & Ryan, 2008; Ryan og Deci, 2008, referert i Eide & Eide, 2019, s. 56). Behovet for selvbestemmelse handler om at ens autonomi blir respektert og at man blir sett, hørt, lyttet til og forstått. I behovet for tilknytning ligger ønsket eller behovet for gode og trygge relasjoner. Til slutt handler behovet om kompetanse om å oppleve en form for kontroll og mestring i den situasjonen man er i (Eide & Eide, 2019, s. 56- 57).

Å fange opp brukerens følelser, behov for å bli sett, hørt og tatt på alvor, er grunnleggende for et godt samarbeid (Karlsen, 2011, s. 222). Dersom sykepleieren gir uttrykk for at brukeren bør være eller handle annerledes, kan dette oppleves som en trussel og behovet for å trekke seg tilbake bli enda sterkere. Denne kommunikative fallgraven kalles for moralisering, og er ofte et uttrykk for manglende forståelse for at en tilnærmende mestringsstil ikke er like naturlig for

alle (Eide & Eide, 2017, s. 65). På sin side kan trygghet i form av etablering av en emosjonell kontakt, bidra til å motivere brukere med diabetes til økt selvforståelse og tro på egen mestringsevne. Spesielt understrekes betydningen av å utvise en åpen og lyttende holdning, samt gi positiv respons på brukeren som person for å skape og opprettholde samarbeidsrelasjoner (Karlsen, 2011, s. 222). Først når brukeren føler seg som en likeverdig partner i samtalen at kommunikasjonen er effektiv (Heyn, 2018, s. 18).

2.4 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en samtaleteknikk som har som mål å styrke en persons motivasjon og forpliktelse til endring. Samtalestilen ble utviklet av psykologene William Miller og Stephen Rollnick på 1980- tallet. Metoden som i hovedsak ble utviklet som et ledd i behandlingen av avhengighetsproblematikk, har senere vekket stor internasjonal interesse og er i dag en etablert behandlingspraksis med økende aktualitet (Brath et al., 2019, s. 13- 14).

2.4.1 Holdningssettet i MI

Holdningssettet i MI er perspektivet som ligger til grunn for praktiseringen av metoden - selve innstillingen i hjerte og tanke. Det består av fire sentrale og gjensidig forbudne elementer: medfølelse, aksept, partnerskap og fremkalling.

Betydningen av begrepet aksept er kompleks og omfavner minst fire aspekter. Blant annet vektlegges ikke- dominerende omsorg og nøyaktig empati, altså interessen og innsatsen for å forstå den andres indre perspektiv. Autonomistøtte trekkes frem som et tredje aspekt som faller inn under elementet aksept. Dette innebærer at man anerkjenner og respekterer hverandres autonomi og ubetingede valgfrihet. Sykepleier må gi slipp på ideen om å få brukeren til å endre seg, som igjen vil legge til rette for endring. Det siste aspektet omhandler bekreftelse, hvilket beskrives som å anerkjenne den andre personens styrker og innsatsvilje (Miller & Rollnick, 2016, s. 46).

Det andre nøkkelementet i MI er partnerskap. Partnerskap bygger på tanken om at MI er et aktivt samarbeid mellom eksperter. Brukeren er selv ekspert på sitt eget liv, og sykepleieren skal utforske, støtte og vise interesse. Samarbeid er en forutsetning for å skape endring ettersom brukeren besitter avgjørende ekspertise som utfyller sykepleierens eksisterende

kunnskap (Miller & Rollnick, 2016, s. 42). Sammen skal sykepleieren og brukeren identifisere problemet og finne et felles mål (Helsedirektoratet, 2017) Det er viktig at sykepleieren unngår ekspertfellen ved å gi slipp på antakelsen om at hun skal ha svar på brukerens dilemma på bakgrunn av sin faglige ekspertise (Miller & Rollnick, 2016, s. 43). Ekspertfellen kan det gi grobunn for korrigeringsrefleksen som oppstår som følge av at sykepleieren føler et sterkt behov for å korrigere utsagn som hun oppfatter som uriktig (Barth et al., 2019, s. 46).

Medfølelse inngår som det tredje elementet. Det handler om å fremme den andres interesser og prioritere deres behov (Miller & Rollnick, 2016, s. 47). Fremkalling er det fjerde elementet i holdningssettet. Målet er at brukeren skal ta en beslutning om endring med utgangspunkt i en indre overbevisning eller motivasjon (Ivarsson, 2017, s. 38-39). En tar utgangspunkt i at brukeren selv har motivasjoner og ressurser i seg som kan lokkes frem. Det er derfor viktig at sykepleieren har kjennskap til brukerens perspektiv og kunnskapsgrunnlag. Ideen om fremkalling harmonerer også med forestillingen om ambivalens (Miller & Rollnick, 2016, s. 48).

2.4.2 Ambivalens

Ambivalens oppstår når en person både ønsker endring og ikke endring, på én og samme tid. En endringsprosess kan være preget av motstridende tanker og følelser knyttet til egen atferd. I takt med at en ønsker å gjøre en endring, kan det være grunner som holder oss tilbake. En følelse av ambivalens er et normalt steg på veien og har lenge vært en del av menneskets natur. Mange mennesker med DM2 har eksempelvis kunnskap om hvilke faktorer som påvirker blodglukosen, men tar tross dette uhensiktsmessige valg som påvirker egen helse i negativ forstand. Ikke ukjent kommer ambivalensen til uttrykk ved at personen taler med to tunger samtidig. På fagspråk faller de to motpolene under begrepene endringsnakk og status quo- snakk (Miller & Rollnick, 2016, s. 32- 34).

2.4.3 Status quo- snakk og endringssnakk

Status quo- snakk og endringssnakk er to begrepsmessige motstykker og illustrerer ulike sider av ambivalensen. Med status quo-snakk menes argumenter for å opprettholde en lite hensiktsmessig atferd (Miller & Rollnick, 2016, s. 196- 197). Ved å fremkalle brukerens sterke sider, grunner og ønsker til endring, kan sykepleieren styrke brukerens mestringstillit (Ivarsson, 2017, s. 85) Endringssnakk representerer den andre siden av ambivalensen og er brukerens utsagn som støtter opp om endring. Eksempler på dette kan være grunner, ønsker og behov for endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 191- 192).

2.5 Frisklivssentral

Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste. Målgruppen er personer i risiko for eller med sykdom som trenger støtte til å endre livsstilsvaner eller mestre helseutfordringer. Alle frisklivssentraler skal gi et kunnskapsbasert og strukturert oppfølgingstilbud som kan bidra til å fremme fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt (Helsedirektoratet, 2016). Tilbudet er viktig for å blant annet nå ut med informasjon og råd til personer som har eller er i risiko for å få diabetes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Frisklivssentralen etterstreber en helhetlig tilnærming, hvor fokuset er rettet mot å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, mestring og endring. Helsetjenesten bygger på et tverrfaglig samarbeid bestående av blant annet fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere (Helsedirektoratet, 2016). Tilbudet har en varighet på 12 uker av gangen, der oppholdet begynner og avsluttes med en strukturert og individuell helsesamtale. Temaene er helse og levevaner, hvor prinsipper fra MI blir lagt til grunn. Bruker og sykepleier setter sammen opp et felles mål og plan for de neste 12 ukene. I helsesamtaler vil det være gjennomgående fokus på muligheter for endring og mestring, motivasjon og barrierer. Behovet for oppfølging, fremtidig plan og opprettholdelse av nye vaner vil også være temaer som diskuteres (Helsedirektoratet, 2019a). En kan selv ta kontakt med frisklivssentralen eller bli henvist av lege, NAV eller annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2016).

2.6 Etiske og juridiske aspekter

I 2012 trådte Samhandlingsreformen i kraft som svar på flere av de kjerneutfordringene helse- og omsorgssektoren stod overfor. Den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbildet i befolkningen kunne få betydning av at samfunnets økonomiske bæreevne trues. Argumentasjonen for reformen ble fattet på bakgrunn av strukturelle svakheter i helsetjenesten. Helsetilbudet ble blant annet beskrevet som fragmentert, og for lite tilpasset fremveksten av kronisk sykdom. Søkelyset som tidligere var rettet mot behandling av sykdom og senkomplikasjoner, skulle nå innebære økt fokus på helsefremming og forebygging. Folkehelseloven som trådte i kraft i 2012 har til hensikt å fremme folkehelse, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge psykisk og somatisk sykdom (Folkehelseloven, 2011, §1; Regjeringen, 2020). I følge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester forebygge sykdom og fremme helse gjennom blant annet veiledning, råd og opplysning (2011, §3-3). I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer understrekes sykepleiers ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom gjennom å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Videre skal hun fremme brukerens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser og respektere hans rett til å ta valg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Brukermedvirkning er sentralt i utviklingen av tjenesten og tilbudene ved frisklivssentral (Helsedirektoratet, 2016). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) har den enkelte rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og tjenestetilbudet skal så lang som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Forståelse og respekt for brukerens rett til medvirkning har også betydning for ivaretagelse av brukerens autonomi (Bagøien & Prescott, 2013, s. 23).

3 Metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave. Med litterær oppgave menes det at allerede eksisterende forskning, teori og fagkunnskap innhentes for å besvare problemstillingen (Dalland, 2012, s. 199). Fordi min problemstilling etterspør brukeres erfaringer, har jeg valgt å inkludere kvalitative studier. Kvalitative studier har til hensikt å belyse menneskers erfaringer, meninger, forventninger, holdninger og opplevelser. Metoden kjennetegnes ved at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter gjennom eksempelvis intervjuer eller observasjoner (Thidemann, 2019, s. 76).

3.1 Litteratursøk

Søkeprosessen begynte med generelle søk i Google Scholar etter forskning som omhandlet veiledning av brukere med diabetes mellitus type 2 i forbindelse med livsstilsendringer. Flere av søkene ga treff på artikler hvor MI ble benyttet som metode. På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke MI nærmere og kombinerte søkeordene ”Motivational interviewing”, ”Diabetes mellitus type 2”, ”Nurse” og ”Patient experience”. Søket ga flere interessante treff, deriblant artikkelen ”Patients’ experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study” (Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh, 2014), som synes å være relevant for min foreløpige problemstilling. Ved å bruke søkefunksjonen ”beslektede artikler” fant jeg også artikkelen ”Patients’ experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre”. Hensikten med studien samsvarte godt med problemstillingen jeg ønsket å besvare gjennom min oppgave, slik at jeg anså denne som relevant.

Videre ønsket jeg å foreta mer avgrensede søk og benyttet dermed bibliotekets nettside for å få oversikt over ulike databaser. Jeg valgte å gjøre søk i Cinahl og PubMed fordi de dekker helsefaglige tidsskrifter og er databaser jeg er kjent med å gjøre søk i fra tidligere. Cinahl kom med forslag til anbefalte MeSH termer, hvor jeg på bakgrunn av dette valgte å kombinere søkeordene ”Motivational interview”, ”Diabetes mellitus type 2” og ”Life style changes” og avgrenset til siste 10 år. Søket ga 18 treff. Etter en gjennomgang av funnene, konkluderte jeg med at ingen av de artiklene hadde relevans. Deretter forsøkte jeg kombinasjonen ”Motivational interviewing”, ”Diabetes mellitus” og ”experience*” og avgrenset til siste 10 år som ga 17 treff. Ingen av artiklene møtte inklusjonskriteriene, se tabell 1. Jeg søkte videre i PubMed med søkekombinasjonen ”Motivational interview”, ”Patient experience”, ”Nurse” og ”Lifestyle” og filtrerte søket til siste 10 år. Dette ga 12 treff. Videre ekskluderte jeg

kvantitative studier, artikler som omhandlet brukere med et annet sykdomsbilde eller som ikke samsvarte med oppgavens kliniske kontekst. Da satt jeg igjen med tre artikler. Til slutt kombinerte jeg søkeordene ”Diabetes mellitus type 2”, ”Motivational interviewing”, ”Patient” og ”Behavior change”, avgrenset til siste 10 år som ga 40 treff. Videre leste jeg sammendraget til de studiene som jeg umiddelbart tenkte at kunne bidra til å besvare min problemstilling. Jeg konkluderte med at ett av funnene var relevant for min oppgave. Funnene er presentert i tabell 2.

Tabell 1 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverderte artikler	Ikke- fagfelleverderte artikler
Kvalitative studier	Andre studiedesign
Studier publisert de siste 10 år	Eldre studier
Engelsk og nordiske språk	Andre språk

Tabell 2 – Litteratursøk

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
25.01.21	1	Pubmed	1. Motivational interview 2. Patient 3. Experience 4. Nurse 5. Lifestyle 6. 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	12	6	4	3	Brobeck, E., Odencrants, S. Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). <i>Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study</i> Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2015). <i>Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre</i> Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K. &

								Bratås, O. (2018). <i>Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals.</i>
02.02.21	2	Pubmed	1. Diabetes mellitus type 2 2. Motivational interviewing 3. Patient 4. Behavior change 5. 1 AND 2 AND 3 AND 4	40	13	3	1	Dellasega, C., Anel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012) <i>How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing.</i>

3.2 Fag- og forskningslitteratur

For å finne relevant fag- og forskningslitteratur begynte jeg å gjøre generelle søk i Oria og Google Scholar etter artikler og bøker som omhandlet sykepleierens veiledende funksjon. Valget falt senere på MI som metode. Boken ”Motiverende samtale: støtte til endring” dannet grunnlaget for den teoretiske rammen om MI ettersom forfatterne Miller & Rollnick er utviklerne av metoden. På biblioteket fant jeg også bøkene ”MI: motiverende samtaler: en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren” skrevet av Ivarsson og ”Motiverende intervju: samtaler om endring” av Barth, Børtveit og Prescott som jeg supplerte med i teorien om MI. Jeg kikket også på gamle bacheloroppgaver som var skrevet om tilsvarende tema for å finne relevant litteratur. Der fant jeg boken ”Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis” av Gammersvik og Larsen som gir en god teoretisk innføring i sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon. Eide & Eide har skrevet boken ”Kommunikasjon i relasjoner” som jeg er kjent med fra tidligere i studiet. Denne dannet grunnlaget i teorien om kommunikasjon. Når jeg søkte på diabetes i Oria fant jeg boken ”Diabetes- forebygging, oppfølging og behandling”. Kapitlene i boken tok for seg flere av temaene som var relevante i min oppgave og er brukt til å forklare mekanismene bak diabetes og hva som kan fremme helse sett fra et bruker- og sykepleieperspektiv.

Videre har jeg foretatt en del generelle søk på internett og i helsebibliotekets nettside. På helsebiblioteket fant jeg blant annet nasjonal faglig retningslinjer for diabetes fra helsedirektoratet. Helsedirektoratet, Norsk sykepleier forbund, lovdata, helse- og omsorgsdepartementet og WHO er ellers kilder jeg har brukt.

3.3 Kildekritikk

Alle forskningsartiklene er fagfellevurdert og rangert som nivå 1 i Norsk senter for forskningsdata, der nivå 2 er det høyeste. I oppgaven etterspør jeg brukernes erfaringer med MI, slik at det er kvalitative studier jeg har valgt å inkludere (Thidemann, 2019, s. 76). Dallasega et al. (2012) sin studie er et RCT- studie der eksplisitt brukerne med DM2 beskrev erfaringer med MI sammenlignet med den standard tilnærmingen i helsevesenet. Studiene er gjort i Norge, Sverige og USA. Det er kan naturligvis være forskjeller i helsevesenet som kan påvirke resultatene av studiene. Sagsveen et al. (2018) belyser helsepersonells erfaringer med brukerinvolvering ved frisklivssentral. Jeg valgte å inkludere denne studien fordi jeg tenker det kan være hensiktsmessig å løfte frem sykepleiers perspektiv for å tillegge drøftingen et annet syn. I studiene til Brobeck et al. (2014) og Nymberg & Drevenhorn (2015) implementeres brukere med- eller i risiko for diabetes som en del av et større utvalg av brukere med livsstilssykdommer. Det kan selvsagt stilles spørsmål ved om resultatene fra studiene er overførbare til brukere med DM2. I studiene var kosthold, trening, tobakk og alkohol blant temaene som ble diskutert. På en annen side er dette faktorer som disponerer for DM2 og øker risiko for senkomplikasjoner, slik at dette trolig også ville ha vært temaer i samtaler med personer med DM2. Brobeck et al. (2014), Nymberg & Drevenhorn (2015) sine studier er gjort på et helsesenter, imens Dellasega et al. (2012) sin studie er gjort på en familie- eller generell indremedisinsk klinikk tilknyttet et akademisk medisinsk senter eller et offentlig sykehus. Intervensjonene og utformingen av studie kan likevel minne om tilbudet ved frisklivssentralen, slik at det trolig ikke vil være avgjørende for brukernes erfaringer.

De utvalgte artiklene er skrevet på engelsk, og det er derfor en risiko for at jeg har tolket innholdet feil. Noen begreper er også vanskelig å oversette, slik at noen omformuleringer dermed ikke vil være synonyme med forståelsen av originale utsagnet. Jeg har tilstrebet å anvende relativt ny forskning i oppgaven, og har derfor avgrenset artikkelsøket til de 10 siste årene. Jeg har ikke mye erfaring med søk, så det kan tenkes at jeg har gått glipp av relevante

artikler ved å benytte uhensiktsmessige søkestrategier. På bakgrunn av dette har jeg mottatt veiledning fra biblioteket som støtte til søk. Som nevnt har jeg foretatt søk i Cinahl og PubMed. Dersom jeg hadde gjort søk i andre eller flere databaser, kunne dette ha påvirket funn av relevante artikler.

I oppgaven har jeg brukt Eide & Eide som kilde til selvbestemmelsesteorien. De er ikke utviklere av denne teorien, slik at det følgelig er en risiko for at deres forståelse ikke samsvarer med den ordinære tenkningen. Teorigrunnlaget om diabetes bygger i stor grad på boken "Diabetes- forebygging, oppfølging og behandling" av Skafjeld og Graue (red.). Boken er fra 2011. Som nevnt er det store forandringer i sykdomsbildet i befolkningen, slik at nyere forskning kan komme i strid med tidligere funn og anbefalinger i boken. Dette er derimot en svakhet med alle bøker sammenlignet med nettsider som oppdateres hyppig, og må derfor tas høyde for i oppgaven.

3.4 Ethiske vurderinger

I denne oppgaven har jeg fulgt skolens retningslinjer for oppgaveskriving. Mine egne erfaringer belyses ikke i oppgaven. Kilder er referert til i henhold til APA7. Egne meninger skal tydelig fremkomme.

4 Resultater

Resultatene viser at brukerne i Brobeck et al. (2014) og Dellasega et al. (2012) sin studie opplevde MI som en metode som kan fremme brukermedvirkning. Når helsepersonell i Sagsveen et al. (2018) sin studie ble bedt om å beskrive hvordan de involverte brukerne, oppga de MI som metode for å frembringe og sikre brukerinvolvering. På en annen side hadde ikke brukere alltid et ønske om å bli involvert (Sagsveen et al., 2018). MI ga en følelse av støtte til livsstilsendringer. De opplevde at de ble sett og møtt med ikke- dømmende holdninger (Brobeck et al., 2014; Dellasega et al., 2012). Brukerne i Nymberg et al. (2015) opplevde at de ikke ble sett som et individ og at sykepleierne fortalte dem akkurat hva de skulle gjøre. Viktigheten av oppfølging i endringsprosessen er et gjennomgående funn.

Nr	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh, (2014)	“Patients’ experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study”	BMC Nursing Register over vitenskapelige publiseringskanaler: 1.	Hensikten med studien var å undersøke pasienters erfaringer med diskusjoner rundt livsstil basert på motiverende intervju.	Beskrivende design og kvalitativ innholdsanalyse. 16 pasienter ble intervjuet.	Diskusjonene rundt livsstil kunne muliggjøre selvbestemmelse i prosessen rundt livsstilsendringer, men det forutsetter at det er gjensidig interaksjon mellom pasient og sykepleier. De beskrev at de opplevde støtte fra sykepleieren, som var viktig for å gjøre livsstilsendringer. Det var bedre å snakke med en utenforstående. De var ofte klare over de riktige livsstilsvalgene, men trengte hjelp til å endre tankemønstre. Det var viktig at sykepleier visste hva som var riktig for akkurat dem. Intervensjonen med sykepleier trengte ikke å vare lenge for å oppleves som nyttig.

2	Nymberg & Drevenhorn (2015)	“Patients’ experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre”	Scandinavian Journal of Caring Sciences Register over vitenskapelige publiseringskanaler: 1.	Undersøke pasienters erfaringer med å besøke frisklivssentral ledet av sykepleiere.	Kvalitativ metode. 137 pasienter som deltok i screeningtest på frisklivssentral ble invitert til fokus gruppe intervjuer. 14 pasienter deltok. Dataen ble analysert med innholdsanalyse.	Pasientene opplevde at besøket deres ved frisklivssentralen ga innsikt i deres vaner og minsket frykten deres for å ikke være sunne. De opplevde det som negativt at de fikk manglende oppfølging og at de ikke ble sett som et enkeltindivid. Sykepleierne trengte trolig mer kompetanse i å anvende MI.
3	Sagsveen, Rise, Grønning & Bratås, (2018)	“Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals”	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. Register over vitenskapelige publiseringskanaler: 1	Utforske hvordan helsepersonell erfarer brukerinvolvering på et individuelt plan og hvordan de involverer brukere ved frisklivssentral.	Kvalitativ metode. Fire semi-strukturerte fokusgrupper med totalt 23 deltakere ble intervjuet.	Helsepersonell beskrev MI som en måte å sikre brukerinvolvering. De erfarte derimot at ikke alle brukere hadde et ønske om å bli involvert og kunne noen ganger bli irriterte og frustrerte når de ble spurt om egne meninger. Brukermedvirkning kan også komme i konflikt med en kunnskapsbasert praksis.
4	Dellasega, Añel-Tiangco & Gabbay, (2012)	“How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing”	Diabetes Research and Clinical Practice Register over vitenskapelige publiseringskanaler: 1.	Å undersøke hvordan brukere med DM2 opplever motiverende intervju som metode til å fremme positiv atferdsendring.	Randomisert kontrollert studie (RCT) Kvalitativ metode. Fire fokusgrupper bestående av 19 voksne med DM2 fra et randomisert kontrollert studie om MI og diabetes.	Brukerne opplevde at gjennom MI var forholdet til sykepleier bygget på partnerskap og de kunne ta avgjørelser med sykepleieren som en ressurs. De erfarte at de ble møtt med ikke-dømmende holdninger, de ble sett og hørt som person. Gjennom MI fikk de en avslappet relasjon til sykepleier.

5 Diskusjon

Drøftingen vil på bakgrunn av funnene i studiene ta for seg brukernes erfaringer knyttet til brukermedvirkning og motivasjon til livsstilsendring gjennom MI. For å besvare min problemstilling med frisklivssentral som kontekst, vil jeg avslutningsvis drøfte frisklivssentral som arena for helsefremming.

Hvilke erfaringer har brukere med diabetes mellitus type 2 med motiverende intervju som et verktøy til å oppnå livsstilsendring ved frisklivssentral?

5.1 Brukermedvirkning i lys av MI

Tilbudet ved frisklivssentralen vektlegger en helhetlig tilnærming der brukermedvirkning betraktes som fundamentalt i utviklingen og gjennomføring av tjenesten (Helsedirektoratet, 2016). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som tilsier at tjenesten er pliktig til å involvere brukeren og at brukeren har rett til å medvirke (Bagøien & Prescott, 2013, s. 23). Det innebærer at brukeren skal betraktes som en likeverdig partner i de diskusjoner og beslutninger som angår en selv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Lovgivningen samsvarer i stor grad med holdningssettet i MI som blant annet vektlegger autonomistøtte og partnerskap som elementer i praktiseringen av metoden. Partnerskap innebærer et aktivt samarbeid mellom sykepleier og bruker, der begge betraktes som eksperter. På samme måte skal brukerens rett til å foreta valg respekteres, herav omtalt som autonomistøtte (Miller & Rollnick, 2016, s. 46). I følge Dellasega et al. (2012) opplevde deltakerne at forholdet til sykepleier var bygget på partnerskap. På den måten fikk de informasjon som gjorde at de kunne foreta egne beslutninger og sette realistiske mål med sykepleieren som en ressurs. Tilsvarende oppga brukerne i studien til Brobeck et al. (2014) at MI kan muliggjøre selvbestemmelse dersom en oppnår en felles interaksjon mellom bruker og sykepleier. I kontrast til funnene ovenfor, avdekker Nymberg & Drevenhorn (2015) at brukerne ikke følte seg sett som et individ og at sykepleierne ga dem råd og fortalte dem akkurat hva de skulle gjøre.

I MI er sykepleierens mål å skape en positiv mellommenneskelig atmosfære som bidrar til endring, uten tvang (Miller & Rollnick, 2016, s. 42). Brukernes erfaringer i Nymberg & Drevenhorn (2015) sin studie strider i stor grad med holdningssettet i MI, slik at det bør reises spørsmål ved om MI er utført på riktig måte. MI er en samtale der to eksperter samarbeider

om et felles prosjekt, der både bruker og sykepleier har samme mål (Barth, Børtveit & Prescott, 2019, s. 14). Balansen kan imidlertid være kompleks da sykepleierens ansvar for en kunnskapsbasert praksis kan komme i konflikt med brukerens rett til medvirkning (Sagsveen et al., 2018). På en annen side kan det å gi råd resultere i at man som sykepleier også overtar litt av ansvaret for problemet. Sykepleier blir dermed aktiv i beslutningsprosessen, samtidig som man innsnevrer rommet for brukerens egen selvbestemmelse (Eide & Eide, 2019, s. 60).

I MI skal sykepleier og bruker sammen identifisere problemet (Helsedirektoratet, 2017). Riktig praktisering av metoden krever opplæring over tid og kontinuerlig vedlikehold av ferdighetene (Miller & Rollnick, 2016, s. 370- 371). Det fremkommer ikke tydelig hvor lang erfaring sykepleierne i studien har med å praktisere metoden, men det konkluderes med at sykepleierne må ha jevnlig trening i å anvende MI (Nymberg & Drevenhorn, 2015). I kontrast bemerkes det at sykepleierne i de andre studiene hadde høy kompetanse i å utføre MI (Dellasega et al., 2012; Brobeck et al., 2014). På bakgrunn av dette kan vi stille spørsmål ved om det foreligger en mulig sammenheng mellom sykepleiers kunnskap og erfaring med anvendelse metoden, og brukerens opplevelse av brukermedvirkning. På bakgrunn av studier kan Miller & Rollnick (2016) begrunne brukerens respons på MI som et resultat av kliniker og kontekst. I praksis vil det si at sykepleierens MI-ferdigheter kan påvirke utfallet av intervensjonen, men det foreligger riktignok ikke nok data til å konkludere med at dette er tilfellet.

Når man som sykepleier ikke lykkes med å hjelpe den andre, kan kommunikasjonen bære preg av moraliserende utsagn (Eide & Eide, 2019, s. 65). Brukerne uttrykte skuffelse over å få dårlige råd, i tillegg til at sykepleier trakk paralleller mellom egne erfaringer og deres bekymringer (Nymberg et al., 2015). Moralisering kan dermed føre til økt tilbaketrekning og igjen gå på bekostning av brukermedvirkning (Eide & Eide, 2019, 66). Sykepleier har et ansvar for å fremme og ivareta brukerens rett til selvbestemmelse. I tillegg skal sykepleier respektere brukerens integritet og rett til å ta valg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ivaretagelse av brukere med diabetes avhenger av et godt samarbeid mellom bruker og helse- og omsorgstjenesten. Behandlingen bør tilrettelegges og tilpasses individuelt ut fra brukerens forutsetninger, tilstand og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Når helsepersonell i Sagsveen et al. (2018) sin studie ble bedt om å beskrive hvordan de involverte brukerne, oppga de MI som metode for å frembringe og sikre brukerinvolvering. På en annen side kan Sagsveen et al. (2018) peke på eksempler der brukere ikke forventet å bli involvert og ble

forvirret og noen ganger irriterte når de ble spurt om deres egne tanker. Noen forventet å bli fortalt hva de skulle gjøre og for noen opplevdes brukerinvolvering skremmende og kunne slå feil når brukerne ikke visste hva de trengte eller ville. For noen brukere var kanskje det riktige å ikke involvere dem, men å fortelle dem hva de skulle gjøre og hvordan.

De utvalgte studiene omhandler et brukerutvalg der alle respondentene anser brukermedvirkning som noe positivt, og når de ikke ble inkludert uttrykte de et ønske om å bli det (Dellasega et al., 2012; Brobeck et al., 2014; Nymberg & Drevenhorn, 2015). Som angitt i avsnittet ovenfor, samsvarer ikke alltid helsepersonells erfaringer med disse funnene, som på sin side vitner om at brukermedvirkning ikke alltid oppleves som en eventuell positiv gevinst av MI for brukere (Sagsveen et al., 2018). Brukermedvirkning er en rettighet og plikt i mange demokratiske land, slik at noen argumenterer for at brukermedvirkning er verdifull i seg selv, uavhengig av utfall (Sagsveen et al., 2018). På en annen side kan det være problematisk dersom brukeren opplever at en pålegges et ansvar for egen helse som han kjenner at han ikke er i stand- eller har kompetanse til å bære. Dette fremkommer i Brobeck et al. (2014) sin studie, der brukerne fortalte at det er vanskelig å gjøre livsstilsendringer, men at de visste at de måtte jobbe med seg selv og ta ansvar for det. Igjen fordrer det at den enkelte har vilje til endring (Brobeck et al. (2014), og motivasjonen avhenger i stor grad av samspillet mellom sykepleier og bruker.

5.2 Å motiveres til livsstilsendringer gjennom MI

I litteraturen benyttes ofte selvbestemmelsesteorien som teoretisk rammeverk når en skal redegjøre for mekanismene bak menneskets indre motivasjon. Teorien trekker frem selvbestemmelse som et av aspektene som fremmer motivasjon. I dette ligger behovet for å bli sett, lyttet til og at ens autonomi blir respektert (Eide & Eide, 2019, s. 56). Det er derfor nærliggende å tenke at behovet for selvbestemmelse samsvarer med retten til brukermedvirkning som er nedfelt i lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Brukermedvirkning er som nevnt en av de faktorene brukerne identifiserte i samtaler med sykepleier basert på MI. I kontrast til dette bemerket brukerne at hvis sykepleierens krav var for høye, eller at hun forsøkte å overbevise brukeren om å akseptere hennes meninger, kunne brukeren lett miste motivasjonen til endring (Brobeck et al. 2014). Dersom sykepleieren på bakgrunn av sin faglige ekspertise antar at hun har svaret på brukerens dilemma, er det lett å

havne i den såkalte ekspertfellen (Miller & Rollnick, 2016, s. 43). Trolig er mange brukere med DM2 allerede klar over gevinsten av fysisk aktivitet, riktig kosthold og stabil blodglukose. I følge Brobeck et al. (2014) var mange av brukerne klar over de riktige livsstilsvalgene, men de trengte hjelp til å endre tankemønsteret og se problemet på en annen måte. Ekspertfellen gir videre grobunn for korrigeringsrefleksjonen (Miller & Rollnick, 2016, s. 43). Dersom sykepleier i samtale med brukeren følger korrigeringsrefleksjonen og argumenterer utelukkende for den positive siden av endring, kan brukeren i kjølvannet av dette argumentere for den andre siden av ambivalensen i form av status-quo snakk. Status-quo snakk kan resultere i økt motstand, fordi brukeren gir uttrykk for å opprettholde en uhensiktsmessig atferd (Miller & Rollnick, 2016, s. 33- 34).

I likhet med Miller & Rollnick (2016) bemerker Eide & Eide (2019) at moralisering, som et uttrykk for manglende forståelse av at mestring er en individuell prosess, ofte virker passiviserende fremfor motiverende (Eide & Eide, 2019, 66). Denne opplevelsen understøttes av brukerne i Brobeck et al. (2014) sin studie, der brukerne ga uttrykk for at sykepleierne måtte forstå deres egne tanker rundt livsstilsendring, vite hva som fungerte best for dem personlig og anerkjenne at ikke alle kan eller vil gjøre en endring på samme måte (Brobeck et al. 2014). Dersom sykepleierne forstod hva de gikk igjennom var de også mer mottakelige for innspill (Dellasega et al., 2012). Dette perspektivet ligger til grunn i medfølelse, som inngår som en av de fire aspektene i holdningssettet i MI. Det handler om å fremme brukerens individuelle interesser, ønsker og behov (Miller & Rollnick, 2016, s. 47).

Brukerne i Dellasega et al. (2012) sin studie erfarte at sykepleierne lyttet til dem og møtte dem med ikke-dømmende holdninger. Dette oppmuntret dem til å ta ansvar for egen helse. En av brukerne begynte blant annet å måle blodsukkeret sitt for første gang etter samtalen, fordi sykepleieren tok seg tid til å lytte til utfordringene med å måle blodsukkeret og hvorfor han hadde stoppet. Betydningen av å utvise en åpen og lyttende holdning, samt vise respekt for brukerens prioriteringer og verdier er også viktig for å etablere en tilknytning (Eide & Eide, 2019, s. 57; Karlsen, 2011, s. 222).

I Dellasega et al. (2012) sin studie beskriver brukerne at tilnærmingen i MI la grunnlaget for en mer avslappet relasjon mellom sykepleier og bruker. I følge selvbestemmelsesteorien er trygghet og relasjonell kontakt blant annet faktorer som støtter opp under motivasjonen for mestring og er viktige elementer for å opparbeide tilknytning. Tilknytning er det andre

grunnleggende aspektet i selvbestemmelsesteorien (Eide & Eide, 2019, s. 57). I likhet med Eide & Eide (2019) hevder Karlsen (2011) at trygghet kan bidra til å motivere brukere med diabetes til økt selvforståelse og tro på egen mestringsevne. I MI vektlegges viktigheten av at brukeren har tiltro til sin egen evne til å gjøre en endring, samtidig som sykepleieren bidrar som en ressurs til å styrke brukerens mestringstillit (Ivarsson, 2017, s. 38). Det fremgår også i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal bidra til å understøtte håp, livsmot og mestring hos brukeren (Norsk sykepleierforbund, 2019). Mestring fremkommer som det tredje aspektet som fremmer en persons indre motivasjon i følge selvbestemmelsesteorien (Eide & Eide, 2019, s. 57).

Mestring handler om hvordan man møter belastende situasjoner, og kan betegnes som et resultat av personens indre ressurser og handlinger for å kontrollere eksterne faktorer (Tveiten, 2018, s. 238). For en person med DM2 kan det å spise et sunt og variert kosthold og være fysisk aktiv slik at man opprettholder en stabil blodglukose være et uttrykk for mestring av egen sykdom. For noen vil dette forde endring av livsstilen. Det er derfor naturlig å tenke at livsstilsendring kan føre til mestring som videre gir andre helsefremmende gevinster. Gjennom MI kan sykepleieren styrke brukerens mestringstillit ved å stille spørsmål som henter frem brukerens styrker, egenskaper og evner til å gjennomføre endringen (Ivarsson, 2017, s. 85).

I Brobeck et al. (2014) sin studie beskrev brukerne viktigheten av støtte fra sykepleieren til å gjøre livsstilsendringer. Spesielt viktig var det at de jobbet sammen med sykepleieren til å nå målene sine. Uten støtte var det enkelt å utsette livsstilsendringen (Brobeck et al., 2014). I følge Miller & Rollnick (2016) kan det dukke opp veivalg der brukeren må bestemme om han skal akseptere situasjonen sånn den er, eller jobbe videre med endringen. Det relasjonelle holdningssettet i MI kan bidra til å støtte opp om utholdenhet i vanskelige situasjoner (Miller & Rollnick, 2016, s. 335). I helsesamtaler ved frisklivssentralen legges prinsipper fra MI til grunn der fokus vil være rettet mot motivasjon og barrierer, samt endring og mestring (Helsedirektoratet, 2019).

Brobeck et al. (2014) og Dellasega et al. (2012) sine studier viser at MI trolig forsterker motivasjon hos personer som allerede er motivert. Økt selvbestemmelse, tilknytning og mestring var blant de faktorene brukerne identifiserte som gevinst av MI. Det er disse behovene som også ligger til grunn for en persons indre motivasjon i følge

selvbestemmelsesteorien. På bakgrunn av dette kan vi peke på en mulig korrelasjon mellom MI og brukernes motivasjon til livsstilsendringer. På en annen side understreker Brobeck et al. (2014) at brukerne som deltok i studie allerede var motiverte og bevisste på sin rolle i å foreta livsstilsendringer. De som derimot ikke var motiverte nok, eller opplevde at metoden ikke passet for dem, sluttet å gå i samtale med sykepleier. I sin tur får dette betydning for at studien representerer et utvalg av brukere som trolig har utelukkende gode erfaringer med MI som metode og selv ønsket å foreta en endring (Brobeck et al. 2014; Dellasega et al. (2012). Dette betraktes som en svakhet fordi brukere som har behov for mer støtte og motivasjon til livsstilsendring ekskluderes fra studiene. I den sammenheng er det vanskelig å vurdere i hvilken grad MI fremmer motivasjon og mestring da dette allerede foreligger hos brukerne.

Dette synet understøttes også av helsepersonell i Sagsveen et al. (2018) sin studie. De opplevde at brukere som selv hadde tatt kontakt med frisklivssentralen var mest motiverte. Trolig var deres motivasjon drevet av interesser og verdier, imens brukerne som var vanskeligere å motivere var drevet av en form for ekstern motivasjon (Sagsveen et al., 2018). Resultatene fra studiene gir dermed ikke grunnlag for å hevde at MI aktiverer en form for motivasjon hos personer som ikke ønsker å gjøre en livsstilsendring. I lys av dette bør det også bemerkes at studiene inkluderer et utvalg på totalt 49 brukere, som vil si at en svært liten gruppe er representert. Funnene i studiene kan dermed være basert på et lite utvalg respondenter. Erfaringene med MI kunne trolig hadde vært annerledes dersom jeg hadde inkludert andre studier eller betraktet et større utvalg.

5.3 Frisklivssentral som arena for helsefremming og forebygging

Som et ledd i nå de overordnede målene i samhandlingsreformen og imøtekomme nye utfordringer knyttet til livsstilssykdommer, ble det varslet om en økende satsning på frisklivstilbud og læring- og mestringstilbud (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 18).

Folkehelseloven fastsetter at folkehelse er et ansvar innen alle forvaltningsområder, deriblant i kommuner (Regjeringen, 2020). Kommunene er pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen, gjennom blant annet veiledning, opplysning og råd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). Frisklivssentralen er en anbefalt måte å organisere tjenestene på (Helsedirektoratet, 2019b). Tilbudet ved frisklivssentralen bidrar i arbeidet med folkehelse gjennom å fremme og forebygge helse ved å styrke innbyggernes

kunnskap om helse og levevaner i form av veiledning og informasjon til befolkningen (Helsedirektoratet, 2016).

I sykepleie handler helsefremming om alle tiltak som rettes mot at brukeren av helsetjenesten oppnår mestring av egen situasjon, slik at sykdom unngås eller helseproblemer reduseres (Tveiten, 2018, s. 237). Det inngår også som en del av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at hun skal fremme helse og forebygge sykdom, yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Som nevnt tidligere i diskusjonsdelen, er min forståelse at livsstilsendringer kan bidra til mestring som i sin tur virker helsefremmende. På en annen side belager også mestring seg på at en har tilgang til kunnskap, ressurser, ferdigheter og hjelpere (Tveiten, 2018, s. 238). Sykepleier har derav en sentral funksjon i å veilede og støtte den enkelte med diabetes, samt fremme motivasjon til mestring og egenansvar hos brukeren (Karlsen, 2011, s. 216). I helsesamtaler på frisklivssentralen kan sykepleieren bidra som støtte til at brukeren skal oppnå mestring og endring av levevaner (Helsedirektoratet, 2019a). I følge Nymberg & Drevenhorn (2015) var grunnen til at brukerne oppsøkte frisklivssentralen at de opplevde usikkerhet knyttet til hva det egentlig innebærer å leve et sunt liv. Selv om brukerne hadde kunnskap ønsket de at sykepleierne kunne ta ansvaret for at deres definisjon på sunne levevaner var korrekt og samtidig følge med på deres helsestatus over tid. Hos brukere med DM2 kan god blodglukoseregulering være et overordnet mål. Balansen mellom informasjonsutveksling og det å skape rom for endring kan være kompleks. Frisklivssentralen skal styrke brukerens kunnskap om levevaner og helse, men det er lett å overvurdere hvor mye informasjon brukeren trenger (Miller & Rollnick, 2016, s. 163). En kunnskapsbasert praksis kan være i tråd med holdningssettet i MI så lenge sykepleieren er bevisst på å ikke havne i ekspertfellen ved informasjonsutveksling.

Et annet aspekt er at livsstilsendringer ofte skjer gradvis. I følge Miller & Rollnick (2016) vil ikke effekten på utfallsmål, slik som blodglukose, fremtre umiddelbart etter MI. Forventningen belager seg heller på at en mer helsemessig positiv atferd på sikt vil påvirke blodglukosen. I helsesamtaler ved frisklivssentralen er videre plan og opprettholdelse av nye vaner blant annet temaene som diskuteres (Helsedirektoratet, 2019a). Imidlertid er etterlevelse påvirket av en rekke faktorer slik som alder, grad av mestring og sosioøkonomisk status. Sosioøkonomisk status som en årsak til dårlig etterlevelse er trolig en mer uttalt problemstilling i land med mindre ressurser, fordi Norge i større grad har offentlig finansierte velferdsordninger. Likevel påvirker økonomi mulighetene og valgene til en helsefremmende

livsstil (Meld. St. 34 (2012-2013, s. 52). Blant brukerne ved frisklivssentral er det et flertall med lavere utdanning enn gjennomsnittet i befolkningen. Gjennom folkehelseloven pålegges kommunene å utjevne sosiale forskjeller. Frisklivssentralen kan bidra til å redusere de sosiale forskjellene ved å gi oppfølging og støtte til de som trenger det mest (Helsedirektoratet, 2019b). Dette kan for eksempel være personer med DM2 med høy risiko for senkomplikasjoner og lav sosioøkonomisk status, slik som brukerutvalget i Dellasega et al. (2012) sin studie. Studien viste allikevel at brukernes erfaringer med MI som metode i samtaler om livsstilsendringer var upåvirket av deres sosioøkonomiske status. Erfaringene var like på tvers av gruppene. Likevel kan det angivelig være forskjeller i etterlevelse av livsstilsendringer utarbeidet i samarbeid med sykepleier.

Brukeren kan ha behov for å påminnes hvorfor han gjør endringer i livsstilen og hva som er målet. Sykepleier må da igjen fremkalle brukerens ressurser, ønsker og motivasjon. Hun må hjelpe han til å rette fokuset mot målet og engasjere han på nytt. Å videreføre en støttende kontakt kan være avgjørende for at brukere med DM2 skal foreta livsstilsendringer (Miller & Rollnick, 2016, s. 337- 340). Det samme synspunktet fremmes i Brobeck et al. (2014) sin studie, der helsetjenestene oppfordres til å bruke tid og ressurser på å følge opp brukeren, da dette vil gi brukeren mulighet til å motta støtte selv en tid etter at han har gjennomført en suksessfull livsstilsendring. Evnen til endring og mestring kan blant annet variere ut ifra støtte fra familie og sosialt nettverk (Helsedirektoratet, 2019b). Det er derfor lett å tenke at familie og venner utgjør en avgjørende støtte til endring for å oppnå mestring i egen livssituasjon, men brukerne i Brobeck et al. (2014) fortalte at det var bedre å snakke med en utenforstående. I følge Dellasega et al. (2012) erfarte imidlertid brukerne at de fikk lite støtte hjemme ifra og at diabetes var en vanskelig sykdom å mestre, slik at de var glade for å få hjelp fra frisklivssentral. Det kan tenkes at det kan være vanskelig å for eksempel gjøre endringer i kostholdet uten at hele familien følger med. DM2 kan på sett og vis være en sykdom som påvirker hele familien og som krever at familien i fellesskap gjør livsstilsendringer.

I Nymberg & Drevenhorn (2015) sin studie ble ikke forventningene til helsetjenesten innfridd hos brukerne. De uttrykte et ønske om å følges opp etter timen per telefon eller i grupper for å motiveres ytterligere, samt motta støtte fra sykepleieren og andre innad gruppen. Studien er i likhet Brobeck et al. (2014) utført på et helsesenter i Sverige, som kan minne om fastlegeordningen i Norge (Nager & Thulesius, 2015). Som følge av dette kan brukerne ha andre forventninger og krav til helsetjenestene som også vil forme deres erfaringer. Det er

imidlertid stor forskjell mellom brukernes erfaringer i de ulike studiene. Brukerne i Brobeck et al. (2014) sin studie fortalte at intervensjonene med sykepleier ikke trengte å være av lang varighet for å oppleves meningsfulle. En årsak til dette kan være at brukerne i Brobeck et al. (2014) sin studie har gått i samtaler med sykepleier minst tre ganger i løpet av de siste fire årene. Det kan være utfordrende å etablere en ny relasjon. I følge Heyn (2018) gir det først mening å snakke om effektiv kommunikasjon når brukeren føler seg som en likeverdig part i samtalen. Tilbudet ved frisklivssentralen har en varighet på 12 uker av gangen, slik at det følgelig kan spekuleres i om det nok tid til å etablere tillit og grunnlag for permanente livsstilsendringer.

6 Avslutning

Brukernes erfaringer viser til at motiverende intervju kan bidra til å fremme brukermedvirkning i samtaler om livsstilsendringer. Imidlertid kan det tyde på at sykepleiers kompetanse i å anvende metoden kan påvirke deres opplevelser. Flere av brukerne i studiene beskrev at de følte seg sett og hørt, noe som fremmet motivasjon til å gjøre livsstilsendringer. Frisklivssentralen kan være en gunstig arena for helsefremming. At brukerne følges opp i en tid etter livsstilsendringer er et gjennomgående funn i artiklene. To av studiene inkluderer derimot brukere med diabetes mellitus type 2 som en del av et større utvalg. Det er ikke sikkert at erfaringene med MI som verktøy til livsstilsendringer er lik på tvers av deres helsemessige utfordringer, men dette fremkommer ikke i studiene. Mer forskning på brukere av helsetjenesters erfaringer med motiverende intervju kan bidra til å fremme kunnskap hos sykepleiere om hvordan vi kan støtte brukere med diabetes mellitus type 2 til livsstilsendringer.

7 Referanseliste

- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (s. 205- 215). Akribe.
- Bagøien, G. & Prescott, P. (2013). Motiverende intervju (MI) – stil, teknikk og strategier i samtaler om endring. I K. Johnsen & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 23- 34). Universitetsforlaget.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2015). Motiverende intervju: Samtaler om endring. Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Brobeck, E., Odenrants, S. Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*. 13(13). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dellasega, C., Anel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 37-41. doi: 10.1016/j.diabres.2011.08.011
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 02. juni). *Diabetes i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). *Sosiale helseforskjeller i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 13. november). *Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge.*

<https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Folkehelse>

Haugan, P. S. & Sætertrø, O. (2018). Motiverende intervju – helsefremmende samtale. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (2. Utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2016, 9. desember). *Hva er en frisklivssentral?*

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>

Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). *Motiverende intervju som metode.*

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2019a, 7. januar). *Tilbud ved frisklivssentraler og veilederkurs.*

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs>

Helsedirektoratet. (2019b, mars). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering, organisering og tilbud.*

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet (2021, 16. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Handlingsplan: Nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Heyn, L. G (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L.G Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s.13- 31). Gyldendal Akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI : motiverende samtaler: en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (s. 216-236). Akribe.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s. 295-348). Gyldendal akademisk.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?q=Livsstilsendring&ch=1#match_0
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverende samtale: Støtte til endring*. Fagbokforlaget.
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (2. Utg., s. 14- 36). Fagbokforlaget.

- Nager, A. & Thulesius, H. (2015). Primary Health Care in Sweden 2015. Hentet fra <http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/57c57cb5b86cc90500358c27/Primary%20Health%20Care%20in%20Sweden%20151112.pdf>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2018). T3.1 Diabetes mellitus. I *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet 02. april 2021 fra https://www.legemiddelhandboka.no/T3.1/Diabetes_mellitus
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2015). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), s. 349- 355. <https://doi.org/10.1111/scs.12254>
- 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>
- Regjeringen. (2020, 22. september). *Folkehelseloven*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K. & Bratås, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. *Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), Artikkel 1492291. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1492291>
- Thidemann, I-J (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenten: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2. Utg). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: sykepleiers pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (2. Utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.

World Health Organization. (u.å). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 28.03.21

fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>