

Sykepleiers veiledende funksjon i møte med pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2

Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å motivere til kostholdsendringer hos pasienter med diabetes type 2, ved bruk av motiverende intervju?

Kandidatnummer: 437 & 325
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8999
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
<p>Tittel: Sykepleiers veiledende funksjon i møte med pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å motivere til kostholdsendringer hos pasienter med diabetes type 2, ved bruk av motiverende intervju?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Teorien innledes med en gjennomgang av diabetes type 2, kjennetegn ved nydiagnostisert diabetes type 2 og kostholds anbefalinger. Videre presenteres sykepleiers veiledende rolle, etterfulgt av juridiske og etiske rammer. Deretter forklares Orems modell og hennes teorier om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemet. Samtalemetoden motiverende intervju blir også presentert, herunder med fokus på holdningssett, kommunikasjon, og forhold som kan skape motstand til endring. Avslutningsvis presenteres endringsprosessens fem stadier.</p> <p><u>Metode:</u> I henhold til høgskolens retningslinjer er bacheloroppgaven en litterær oppgave. Dette innebærer at problemstillingen besvares på bakgrunn av eksisterende og selvvalgt fag- og forskningslitteratur. Det er i følgende oppgave anvendt fire forskningsartikler med kvalitativ metode. Søk etter forskningsartikler er foretatt i databasene CINAHL og PubMed, og resultatene presenteres en artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting:</u> Innledningsvis drøftes hvilken kompetanse sykepleier må besitte for anvendelse av motiverende intervju på de fem ulike stadiene i endringsprosessen. Dette knyttes opp mot Orems modell, særlig hennes teori om det støttende/undervisende sykepleiesystemet. Avslutningsvis diskuteres sykepleiers og pasients erfaring ved praktisk anvendelse av motiverende intervju.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Veiledning til motivasjon vil kreve en allsidig sykepleiefaglig kompetanse, hvor sykepleiers faglige ekspertise supplementeres med tilstrekkelig pedagogisk kompetanse. Oppgaven identifiserer et behov for kompetanse til å håndtere motstand, møte pasienten på ulike stadier i endringsprosessen, samt hvordan motivere til endring gjennom aktiv anvendelse av prinsipper for motiverende intervju. Her må sykepleier tilby individtilpasset veiledning i form av undervisning og støtte. Forskning tilsier god effekt av motiverende intervju, likevel vil det kreve tilstrekkelig opplæring av sykepleier for tilfredsstillende veiledning.</p>	

(Totalt antall ord: 265)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Begrepsavklaring.....	3
2	Teori.....	4
2.1	Diabetes type 2	4
2.2	Nydiagnostisert diabetes type 2 i midtlivsfasen.....	4
2.3	Kosthold ved diabetes type 2	5
2.4	Sykepleiers veiledende funksjon i den motivasjonsskapende samtalen	5
2.5	Juridiske og etiske rammer	7
2.6	Orems modell.....	8
2.6.1	Egenomsorg	8
2.6.2	Egenomsorgssvikt	8
2.6.3	Sykepleiesystemet.....	8
2.7	Motiverende intervju	9
2.7.1	Holdningssettet i den motiverende samtalen	9
2.7.2	Kommunikasjon ved MI	10
2.7.3	Motstand til endring.....	10
2.8	Endringsprosessen.....	11
3	Metode	13
3.1	Valg av metode.....	13
3.1.1	Kvalitativ metode.....	13
3.2	Litteratursøk.....	13
3.3	Søketabell	14
3.4	Valg av annen litteratur.....	15
3.5	Kildekritikk.....	15
4	Presentasjon av forskningsartikler	17
4.1	Syntese	17
4.2	Artikkelmatrise.....	17
5	Diskusjon	20
5.1	MI anvendt på ulike stadier i endringsprosessen	20
5.1.1	Føroverveielse.....	21
5.1.2	Overveielse.....	23
5.1.3	Forberedelse.....	25
5.1.4	Handling.....	26
5.1.5	Vedlikehold.....	28
5.2	Erfaringer ved anvendelse av MI.....	29
6	Avslutning.....	31
	Litteraturliste	33

1 Innledning

Det er globalt økende forekomst av de fire ikke-smittsomme folkesykdommene; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (NCD-sykdommene). Disse sykdommene er på verdensbasis årsak til $\frac{2}{3}$ av alle dødsfall (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). 1 av 20 nordmenn har en kjent diabetesdiagnose, og 88% av disse har diabetes type 2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Prevalensen av diabetes type 2 er økende, dette kan skyldes endringer i samfunnets alderssammensetning og at en lever lengere med sykdommen enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Norge har som mål å redusere tidlig død som følge av NCD-sykdommene med 25% innen 2025. Et av hovedgrepene for å nå målet vil være å styrke pasientdeltakelse. Dette fordrer at pasienten anerkjennes som ekspert på eget liv, har en aktiv rolle i behandlingen, samt behandles som en likeverdig partner. Aktiv deltakelse, motivasjon og etterlevelse av behandlingsråd avhenger av at pasienten har tilstrekkelig kompetanse om egen helsetilstand, samt effekten av forebyggende tiltak og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En av de viktigste påvirkbare livsstilsfaktorene for tilfredsstillende blodglukoseregulering er kostholdsendringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Drivkraften for en slik endring vil være pasientens motivasjon. Dagens helsevesen gir økte forventninger om sykepleiers evne til å motivere pasienter til positive livsstilsendringer. Dette skjer i takt med økende kompetanse om hvordan endring av livsstil vil kunne ha stor påvirkningskraft på enkelte sykdomsforløp (Ivarsson, 2016). Et verktøy sykepleier kan anvende for å skape motivasjon til endring er motiverende intervju (MI). Dette er en samtalemetode hvor sykepleier og pasient i fellesskap kan jobbe for endring i pasientens kosthold (Barth, Børtveit & Prescott, 2013).

Grunnet pasientgruppens store omfang er det stor sannsynlighet for at utøvende sykepleier, uavhengig av arbeidsplass, vil møte pasienter med diagnosen diabetes type 2. Derfor er det viktig at sykepleier besitter tilstrekkelig kompetanse om hvordan motivere til kostholdsendringer for stabil blodglukose.

Kontekst for denne oppgaven er diabetespoliklinikk. Hit blir pasient henvist av fastlege ved nyoppdaget diabetes type 2, og sykepleier vil være del av det tverrfaglige teamet. Fastlege er

ansvarlig for utredningen og kan henvide pasient til diabetespoliklinikk for videre veiledning og støtte (OUS endokrinologisk poliklinikk, personlig kommunikasjon, 09. desember 2020). Pasientens møte med poliklinisk sykepleier forekommer etter eget behov og antall timer og oppfølging følger pasients grad av blodglukosekontroll før fastlege igjen overtar primæransvaret.

Formålet med denne oppgaven vil være å belyse ulike aspekter ved sykepleiers kompetanse som kreves for å motivere pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 til å gjennomføre kostholdsendringer. Her ønsker vi særlig å vektlegge MI, sykepleiers veiledende funksjon, Orems modell, motstand mot endring og endringsprosessen.

1.2 Problemstilling

Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å motivere til kostholdsendringer hos pasienter med diabetes type 2, ved bruk av motiverende intervju?

1.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2. De første månedene og årene etter diagnosetidspunktet kan blodglukosereguleringen i stor grad håndteres ved tilpasning av kosthold og fysisk aktivitet (Jenssen, 2016). Vi har dermed ikke med medikamentell behandling av sykdommen. En total endring av livsstil kan virke overveldende og demotiverende, derfor anbefales det at MI anvendes på et konkret område av gangen (Barth et al., 2013). Dette gjør at vi vil fokusere på kostholdsending for tilfredsstillende blodglukoseregulering. Et mål med behandlingen vil være å forhindre overvekt og unngå senkomplikasjoner, likevel vil ikke dette vektlegges grunnet oppgavens omfang.

Selv om en ved nydiagnostisert diabetes type 2 får tilbud om poliklinisk gruppebasert kurs i administrasjon av medikamentell behandling, vil likevel veiledning og oppfølging på diabetespoliklinikk alltid forekomme individuelt mellom pasient og sykepleier (OUS endokrinologisk poliklinikk, personlig kommunikasjon, 09. desember 2020). Vi har derfor i denne oppgaven valgt å ekskludere gruppebasert veiledning.

Vi har konkretisert aldersgruppen til 40-65 år. Nedre aldersavgrensning er gjort da diabetes type 2 hyppigst rammer personer i 40-årsalderen og eldre (Jenssen, 2016). Selv om mange eldre har diabetes type 2 avgrenses øvre alder til 65 år, ettersom blodglukosenivået ofte faller fra 70-årsalderen som igjen kan lede til nye sykepleiefaglige utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

1.4 Begrepsavklaring

Kompetanse er et begrep som omfatter kunnskap, utførelse, handling og atferd (Dalland, 2020). I følgende oppgave anvendes kompetanse for å betegne sykepleiers behov for kunnskap om praktiske sider ved å veilede pasient med nyopptaget diabetes type 2 til økt motivasjon.

2 Teori

I følgende kapittel vil kunnskapsgrunnlag for besvarelse av problemstilling presenteres.

2.1 Diabetes type 2

Diabetes mellitus type 2 er en kronisk hormonell sykdom som kjennetegnes ved redusert produksjon av insulin i bukspyttkjertelen og manglende evne til nyttiggjørelse av insulin i kroppen (Kristoffersen, 2016). Ubehandlet diabetes type 2 leder til høy blodglukose, samt ofte høyt insulinnivå. Sykdommens forekomst har bl.a. sammenheng med en livsstil preget av lite aktivitet, overvekt og høyt inntak av sukker og fett (Mosand & Stubberud, 2016). Diabetes type 2 kjennetegnes ved snikende debut med beskjedne eller ingen symptomer i tidlig fase (Mosand & Stubberud, 2016). Blodglukosen stiger langsomt, ofte over 10-12 år før diagnosen settes. Da har ofte blodglukosen blitt høy også om morgenen og pasienten kan oppleve symptomer som tretthet, slapphet og eventuelt hyppig vannlating (Jenssen, 2016).

Behandlingsmålet for de fleste pasientene vil være å tilstrebe langtidsblodglukose på omkring 53mmol/mol for å bl.a. unngå mikro- og makrovaskulære senkomplikasjoner (Helsedirektoratet, 2019). Behandlingen omfatter kostholdsending, fysisk aktivitet og medisinsk behandling med blodglukosesenkende legemidler (Mosand & Stubberud, 2016). Ved nyoppdaget diabetes type 2 vil likevel en tilpasning av kosthold, supplert med endrede levevaner, gjerne være tilstrekkelig for en tilfredsstillende blodglukoseregulering de første månedene eller årene etter diagnostidspunktet (Jenssen, 2016).

2.2 Nydiagnostisert diabetes type 2 i midtlivsfasen

Tiden etter å ha fått diagnosen preges gjerne av følelser som skyld og skam for at egne levevaner har vært en potensielt utløsende faktor for sykdommen. Ofte kan de følelsesmessige reaksjonene oppleves tyngst den første tiden etter diagnostidspunktet, og dette kan gi et dårlig utgangspunkt for endringsprosessen (Diabetesforbundet, 2020a).

Erikson definerer perioden fra 40-65 år som midtlivsfasen i sin teori om den psykososiale utviklingen (Håkonsen, 2014). Perioden kjennetegnes ved forventning om produktivitet og stor arbeidskapasitet. Pasienter i dette utviklingstrinnet er som regel yrkesaktive, kan ha hjemmeboende barn, noen har barnebarn og mange har eldre foreldre i behov av omsorg. Sykdom, komplikasjoner og følgende psykologiske belastninger kan lede til svekket kapasitet

til opprettholdelse av daglige forpliktelser. Dette kan lede til en negativ sirkel der diabetessykdommen og psykiske utfordringer gjensidig påvirker hverandre i negativ retning (Haugstvedt, 2011). Følelser av å være annerledes og forholde seg til nye rutiner kan lede til at en går seg vill i negative tankemønstre. Det er viktig at sykepleier har kompetanse om dette og kan bekrefte overfor pasienten at vonde følelser er normalt etter å ha fått en kronisk sykdom (Diabetesforbundet, 2020a).

2.3 Kosthold ved diabetes type 2

Kosthold er den viktigste årsaken til variasjoner i blodglukosen på dagtid (Jenssen, 2016). Kompetanse om kosthold er således avgjørende for å opprettholde en tilfredsstillende blodglukose. På samme tid er det klart at mat uløselig er knyttet til nytelse og behovet for å tilfredsstille sultfølelsen. Smak, vaner, tradisjoner, tid, tilgjengelighet og økonomi kan sammen påvirke hva vi velger å spise. Ved enkelte anledninger kan slike behov og preferanser komme i konflikt med anbefalte kostholdsråd for god blodglukoseregulering (Aas, 2011).

Personer med diabetes type 2 anbefales å holde et generelt sunt kosthold, med mat som gir langsom blodglukosestigning (Helsedirektoratet, 2018). Det er derfor viktig at sykepleier vektlegger at pasienten i stor grad spiser normalkost, men samtidig unngår mat med høyt sukker- og fettinnhold (Mosand & Stubberud, 2016). Mindre og hyppige måltider, hvor karbohydratrike matvarer erstattes med komplekse karbohydrater, fiberrike matvarer og kunstig søtning, anbefales (Helsedirektoratet, 2018). Det er i hovedsak karbohydratinholdet i mat- og drikkevarer som gir forhøyet blodglukose (Helsedirektoratet, 2018). Dette kommer av at karbohydrater, i motsetning til øvrige energigivende næringsstoffer, har direkte påvirkningskraft på blodglukosen. Desto mer bearbeiding av maten kroppen trenger før opptak i tarmen, desto langsommere blir blodglukosestigningen. Dette innebærer f.eks. at hvitt brød og fruktjuice gir raskere blodglukosestigning enn hele korn og ubehandlet frukt (Aas, 2011).

2.4 Sykepleiers veiledende funksjon i den motivasjonsskapende samtalen

Når sykepleier motiverer til kostholdsendringer, utøver en sin veiledende funksjon. Suksessfull veiledning krever at faglig ekspertise supplementeres med tilstrekkelig

pedagogisk kompetanse. Sykepleier vil fungere som en støttespiller for pasientens utvikling av selvstendighet og mestring av sykdommen (Karlsen, 2011). Et grunnlag for veiledning vil være en likeverdighet mellom sykepleiers faglige kompetanse og pasientens erfaringsbaserte brukerkunnskap (Karlsen, 2011).

Tidligere ble veiledning forstått som en ren ferdighets- og kunnskapsformidling, men i senere tid har det blitt ytterligere fokus på implementering av psykososial tilnærming for økt motivasjon til atferdsendring (Karlsen, 2011). Motivasjon anses som den menneskelige drivkraften som gir grunnlag for en persons valg og atferd (Barth et al., 2013). Det er vanlig å skille mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon betegner motivasjon som stammer fra ytre påvirkninger. Dette kan være faktorer som ros, belønning eller frykt for kritikk. Indre motivasjon kommer fra personen selv, og er viktig for opplevelse av trivsel og mestring av en gitt handling (Diabetesforbundet 2020b). Atferd som påvirkes av indre motivasjon har som regel lenger varighet og styrket effekt, enn motivasjon kun styrt av ytre faktorer (Diabetesforbundet, 2020b).

Manglende motivasjon vil være en sentral årsak til inadekvat diabetesregulering (Hestvold, 2018). Motivasjon for gjennomførelse av en gitt endring avhenger av tidligere erfaringer og tro på egne ferdigheter. Dersom pasienten har liten tro på egen mestring, kan en reagere med forsvarsmekanismer som å bagatellisere eller ignorere situasjon (Hestvold, 2018). Sykepleier må derfor styrke den enkelte pasients motivasjon til egenansvar og mestring, samt ta hensyn til pasientens individuelle forutsetninger (Karlsen, 2011).

I følgende oppgave vil vi diskutere poliklinisk oppfølging gjennom individuell veiledning. Individuell veiledning innebærer en-til-en dialog mellom sykepleier og pasienten. Veiledningen kjennetegnes av nærhet, samt et personlig og faglig samspill mellom pasient og sykepleier (Karlsen, 2011). Ved å gjennomføre veiledning en-til-en gir sykepleier rom for at samtalen styres av pasientens personlige og individuelle forhold. På den måten kan sykepleier skreddersy et veiledningsprogram på pasientens premisser. Den individuelle veiledningen skaper fleksibilitet til å møte pasienten på ulike stadier i endringsprosessen (Karlsen, 2011).

Ved poliklinisk oppfølging arbeider sykepleier tverrfaglig. Det tverrfaglige diabetesteamet bør ideelt bestå av sykepleier, lege, ernæringsfysiolog, sosionom, psykolog og foterapeut (Haugstvedt, 2011). Sykepleier må kontinuerlig vurdere behovet for å henvise pasienten til

andre faggrupper i teamet dersom egen kompetanse ikke strekker til. Sykepleier vil her ha en sentral og koordinerende nøkkelrolle gjennom å forvalte den kontinuerlige kommunikasjonen med pasienten (Haugstvedt, 2011).

I kraft av sin rolle vil sykepleier ved veiledning av pasient være i en maktposisjon (Ingstad, 2013). Makt trenger ikke nødvendigvis å utøves for å være tilstedeværende. Dersom det er klart at en av partene har anledning til maktutøvelse, vil dette kunne påvirke relasjonen og styrkeforholdet (Norvoll, 2019). Dagens helsevesen forutsetter en aktiv pasientrolle, hvor pasient tar medansvar i behandlingsprosessen gjennom brukermedvirkning og empowerment (Meld. St. 47 (2008-2009)). Sentralt for empowerment står økt involvering av pasienten gjennom veiledning, informasjon og ressursmobilisering (Ingstad, 2013). Målet med å styrke pasientens medvirkning vil være å utjevne uheldige styrkeforhold og gjøre pasienten i stand til selvbestemmelse i retning av egne mål og behov. Empowerment bygger på en tanke om at pasienten er ekspert på eget liv og sykepleiers oppgave vil i en slik maktoverføring primært være å veilede, rådføre, tilrettelegge og motivere (Askheim, 2011).

2.5 Juridiske og etiske rammer

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 har pasienten rett på «den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.» Dette samsvarer med helsepersonelloven (1999) § 10 om å gi informasjon til den som har krav på det. Pasientopplæring er videre lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-8 som en av sykehusets fire lovfestede hovedoppgaver. Videre følger det av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 at pasienten «har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester». Samt at medvirkningens form «skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon». I henhold til norsk sykepleierforbund (2019) sine yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 skal også sykepleier «fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.» Videre følger det av helsepersonelloven § 21 at sykepleier skal «hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.» Dette sikrer konfidensialitet i samhandling med sykepleier.

2.6 Orems modell

Dorothea Orem (1914-2007) var en amerikansk sykepleier og sykepleieteoretiker. Hennes praksisorienterte modell for kartlegging av pasienters egenomsorgsevne har hatt stor innflytelse som en velgjørende og direkte tilnæringsmåte for moderne omsorgssituasjoner (Cavanagh, 1999). Modellen består av tre teorier: egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemet.

2.6.1 Egenomsorg

Egenomsorg defineres som pasientens evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve. Sentralt for begrepet er at omsorgen iverksettes frivillig og tilsiktet av pasienten (Cavanagh, 1999). Egenomsorgsbehov står sentralt i Orems modell og innebærer aktiviteter som tilrettelegger for at pasienten utøver egenomsorg. Orem definerer tre grupper av egenomsorgsbehov; universelle egenomsorgsbehov, utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999). I denne oppgaven vil de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene vektlegges. Dette er behov som gjøres gjeldende der det oppstår sykdom, skade eller funksjonssvikt. Ved endringer i helsetilstand, som truer personens evne til opprettholdelse av egenomsorgsbehov, må individet søke råd og veiledning gjennom kompetent helsepersonell (Cavanagh, 1999).

2.6.2 Egenomsorgssvikt

Evnen til å oppfylle krav til egenomsorg vil være ulik fra person til person. Nye eller kroniske helseutfordringer, som bl.a. diabetes type 2 kan lede til at pasienten må sette i gang nye tiltak for å dekke sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999). Mennesker har generelt stor evne til tilpasninger, men der det foreligger en situasjon hvor summen av krav overskrider vedkommendes evne til oppfyllelse, vil den enkelte ha behov for å søke hjelp hos bl.a. sykepleier (Cavanagh, 1999).

2.6.3 Sykepleiesystemet

Sykepleiesystemet betegner forholdet mellom sykepleier og pasient. Orem beskriver tre ulike sykepleiesystemer: helt kompensierende sykepleiesystem, delvis kompensierende sykepleiesystem og støttende/undervisende sykepleiesystem (Kirkevold, 1998). For besvarelse av aktuell problemstilling vil sistnevnte være av størst relevans.

Støttende/undervisende sykepleiesystem aktualiseres der pasienten evner å ivareta egenomsorg, men har behov for sykepleiefaglig assistanse for tilpasning ved nye situasjoner. Sykepleiers funksjon er begrenset til å veilede pasienter, samt formidle kompetanse og ferdigheter (Cavanagh, 1999). Sykepleier tilser at pasientens egenomsorgsevne dekkes og videreutvikles, men det er pasienten selv som utfører egenomsorgen i praksis.

2.7 Motiverende intervju

MI er en evidensbasert metode som anses mer effektiv enn tradisjonell rådgiving, og brukes i dag som ramme for motivasjonsskaping på de fleste livsstilsområder, bl.a. kosthold (Ivarsson, 2016). MI anvendes for å øke egenomsorg ved kroniske sykdommer og styrke etterlevelsen av behandlingstiltak (Ivarsson, 2016). Polikliniske konsultasjoner er gjerne tidsbegrenset og MI kan således være en hensiktsmessig metode, da den har vist god effekt ved korte enkeltstående intervensjoner (Barth, 2014).

MI karakteriseres og formes av metodens spesifikke holdningssett og kommunikative virkemidler, samt hvordan sykepleier håndterer motstand til endring (Miller & Rollnick, 2016).

2.7.1 Holdningssettet i den motiverende samtalen

Holdningssettet i MI formes av fire grunnleggende aspekter: partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling (Miller & Rollnick, 2016).

Partnerskap innebærer at pasienten i samråd med sykepleier nøster opp i aktuelt problemområde og setter konkrete mål for endringen (Helsedirektoratet, 2017). En forutsetning for godt partnerskap er at sykepleier skaper en positiv og mellommenneskelig atmosfære, som bidrar til endring uten opplevelse av tvang. Pasienten er ekspert på eget liv og sitter således på en avgjørende ekspertise som utfyller sykepleiers faglige kompetanse (Miller & Rollnick, 2016).

Å vise aksept innebærer å møte pasienten med respekt og forståelse. Aksept kommuniseres gjennom bekreftelse av pasientens opplevelser og ved å tillegge pasientens uttalelser betydning uten at nødvendigvis sykepleier er enig eller uenig i dette (Barth et al., 2013). MI

tar utgangspunkt i at endringsarbeidet lettes og motstand reduseres der pasienten føler aksept, fremfor konfrontasjon eller argumentasjon (Barth et al., 2013).

Å vise medfølelse innebærer å aktivt fremme pasients beste og prioritere deres behov. Sykepleier formidler medfølelse ved å tilrettelegge endring på pasientens premisser. Dette krever et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, styrket ved sykepleiers anerkjennende og respektfulle holdning (Miller & Rollnick, 2016).

Fremkalling innebærer å styrke pasientens positive egenskaper og ressurser fremfor svakheter eller mangler. Dette gjøres ved at sykepleier gjør en aktiv innsats for å forstå hvordan pasienten har det og fremkaller pasientens egne ressurser (Miller & Rollnick, 2016). MI-perspektivet forutsetter at pasienten selv sitter på mye kunnskap og erfaring som sykepleier kan fremme for å skape en positiv innstilling til endring.

2.7.2 Kommunikasjon ved MI

I MI forsøker sykepleier å stille et større antall åpne spørsmål enn lukkede (Ivarsson, 2017). Åpne spørsmål inviterer til indre refleksjon før besvarelse (Miller & Rollnick, 2016). Ved å stille åpne spørsmål skaper sykepleier et godt samarbeidsklima og gir pasienten anledning til å uttrykke egne refleksjoner (Ivarsson, 2017). Ved MI anvendes også bekreftelse. Dette innebærer ytringer som viser at sykepleier anerkjenner pasienten (Ivarsson, 2017). Når sykepleier bekrefter pasientens positive sider vil dette kunne støtte gjennomføringsevnen, samt dempe motstand (Miller & Rollnick, 2016). Videre anvendes oppsummeringer når sykepleier har behov for å samle tråder, ta kontroll over samtalen eller bytte retning (Ivarsson, 2017). Oppsummeringer gir pasienten anledning til å korrigere eventuelle misforståelser. Etersom det er opp til sykepleier å forstå og tolke uttalelser, kan refleksjoner bidra til klarhet i hva pasienten forsøker å formidle. Refleksjoner skaper fremdrift og gir sykepleier anledning til å styre samtalen i ønsket retning (Hestvold, 2018).

2.7.3 Motstand til endring

En samtale om endring legger et visst press på pasienten, enten som en uutalt eller direkte forventning om at pasienten skal utøve sykepleiers anbefalinger (Barth et al., 2013). Dette kan vekke en form for selvbeskyttelse hos pasienten i form av motargumenter om nødvendighet,

mulighet eller kapasitet. Et sentralt prinsipp for MI er derfor at sykepleier reduserer motstand ved å vektlegge pasientautonomi og frihet til selvbestemmelse (Barth et al., 2013).

En samtale om endring vil av sin natur peke på svakheter eller forbedringspotensial ved pasientens kosthold. Det er derfor sentralt å skape en atmosfære hvor pasient ikke føler behov for å kontinuerlig forsvare negative og vanskelig følelser relatert til problematisk helseatferd. I MI vektlegges derfor en ikke-dømmende tilnærming hvor sykepleier formidler aksept og empati overfor pasienten og deres livssituasjon (Barth et al., 2013).

Pasienten kan oppleve ambivalens til gjennomførelse av sykepleiers anbefalinger. Dette innebærer at motivasjonen til gjennomføring er tilstedeværende, men den eksisterer parallelt med motivasjonen for å fortsette i tidligere handlingsmønstre. Problematisk handlinger eller vaner kan også oppleves å ha positive sider, ved f.eks. å skape glede, nytelse eller avspenning (Barth et al., 2013). Pasientens argumenter for og imot endring vil begge være gyldige og viktige, og det er sentralt i MI at sykepleier gir rom for aksept for pasientens motstridende tanker (Barth et al., 2013).

Usikkerhet på egen mestring sees særlig hos pasienter der problematferden er fristende å gjenoppta. Motivasjonen vil ikke oppleves lineær, men heller fluktuerende og endring vil således innebære at man periodevis må være ytterligere bevisst på valg og prioriteringer en foretar seg (Barth et al., 2013).

2.8 Endringsprosessen

Endringsprosessen er en modell av Prochaska og DiClemente som viser fem kvalitativt forskjellige stadier ved endring og gjelder for viljestyrt, bevisst og menneskelig endring. Stadiene består av føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold (Barth et al., 2013). Modellen fremstilles som et hjul for å illustrere at endringsforsøk ikke nødvendigvis lykkes ved første forsøk, men at en kan lære noe av forsøket og prøve igjen ved senere anledning (Barth et al., 2013). Endringsprosessen er ikke en del av MI, men nært beslektet. Sykepleier bør derfor ha kompetanse om endringsprosessen da den kan anvendes komplementært med MI (Helsedirektoratet, 2017).

Føroverveiellesstadiet preges av at pasienten ikke opplever egen atferd som problematisk eller fremhever positive sider ved opprettholdelse. Pasienten kan dermed vise lite mottakelighet for informasjon om negative konsekvenser. Sykepleier må her være bevisst på at pasienten kan reagere negativt og skjerme seg for innsikt ved å motsette seg informasjon (Barth et al., 2013). Det er sentralt at sykepleier viser forståelse for pasientens syn og situasjon gjennom å fremme en ikke-dømmende holdning og aktiv autonomistøtte (Barth et al., 2013).

I overveiellesstadiet er pasienten i stand til å beskrive og redegjøre for tanker omkring problematiske sider ved egen atferd (Barth et al., 2013). Typisk for dette stadiet er ambivalens hvor pasienten uttrykker usikkerhet rundt egen mestring eller utsetter endringen. Sykepleier må styrke pasientens problembevissthet, gjennom opparbeidelse av motivasjon og selvtillit til utforskning av mulige handlingsalternativer (Eide & Eide, 2017).

Forberedelsesstadiet innebærer at pasienten forplikter seg til endring og gjør praktiske forberedelser for å mestre gjennomførelsen (Barth et al., 2013). Pasienten har tatt stilling til endringen og motargumenter vektlegges i mindre grad. Sykepleiers oppgave vil i dette stadiet være å veilede pasienten i beslutningsprosessen. Dette innebærer å avklare mål og identifisere handlingsalternativer (Eide & Eide, 2017).

Handlingsstadiet innebærer selve handlingen og endringen blir her synlig på atferdsnivå (Barth et al., 2013). Stadiet preges av økt optimisme for endring. Samtidig kan opprettholdelsen av endringen trues av fristelser som kan medføre tilbakefall. Sykepleier må vektlegge fremgang og forbedring, samt skape bevissthet på faktorer som kan medføre at pasienten faller tilbake i gamle vaner (Barth et al., 2013).

Vedlikeholdsstadiet innebærer å opprettholde motivasjonen og forebygge tilbakefall. Varig endring bygger på at endringene som er utført blir automatisert og vanepreget (Barth et al., 2013). Risiko for tilbakefall økes i situasjoner hvor pasienten opplever belastninger som stress eller ensomhet (Eide & Eide, 2017). Gjennom støttesamtaler kan sykepleier hjelpe pasienten til mestring av risikosituasjoner og bidra til økt optimisme for varig endring.

3 Metode

Metode brukes for å samle inn data, dette innebærer den informasjonen som trengs i undersøkelsen (Dalland, 2020). Sosiologen Vilhelm Aubert (1985, s. 196) definerer metode slik; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder».

3.1 Valg av metode

Følgende oppgave er en litterær oppgave. Dette innebærer innhenting av data fra allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning fra ulike databaser, for å besvare den valgte problemstillingen (Dalland, 2020). Anvendt litteratur belyser både sykepleiers og pasients erfaringer, samt forankrer oppgavens relevans.

3.1.1 Kvalitativ metode

Samtlige anvendte forskningsartikler bruker kvalitativ metode. Dette innebærer å innhente meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste, med hensikt om økt forståelse for hvordan bl.a. enkeltmennesker handler og samhandler (Dalland, 2020). Kvalitativ metode kjennetegnes av en dyptgående datasamling i direkte kontakt med feltet, hvor en får flere opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland, 2020). Samtlige forskningsartikler anvender ustrukturert eller semistrukturert intervju som fremgangsmåte for innsamling av data. Dette innebærer at intervjuobjektene ikke besvarer nøyaktig de samme spørsmålene, men at intervjuguiden fungerer som en liste over tema som skal belyses. Spørsmålene utvikles underveis i samtalen og tilpasses de svarene intervjuobjektene gir (Dalland, 2020).

3.2 Litteratursøk

Vi har anvendt databasene CINAHL og PubMed ved søk etter forskningsartikler. CINAHL er en bibliografisk database med referanser til engelskspråklig litteratur som omhandler sykepleie og helsefag (Helsebiblioteket, u.å). PubMed er en søkemotor med referanser til medisinske og helsefaglige tidsskriftsartikler.

Søkeprosessen ble innledet med å trekke ut relevante søkeord for gitt problemstilling. Ved funn av forskningsartikler ble søkeordene «*motivational interviewing*», «*diabetes*», «*diabetes*

«mellitus type 2», «lifestyle», «motivation», «diet», «middle age», «nurse», «self care» og «health» anvendt. Samtlige søk er avgrenset til å være engelsk-, norsk-, dansk- eller svenskspråklige. Som utgangspunkt ønsket vi nyere forskning og avgrenset derfor søket til å ikke inkludere eldre forskning enn fem år. Ved to tilfeller hadde vi behov for å utvide denne avgrensingen med ytterligere fem år for å finne forskning med større relevans til oppgaven.

Vi innledet utvelgelsesprosessen med å lese artikkelens tittel og videre abstraktet der vi anså tittel som relevant. Videre kontrollerte vi at artiklene var fagfelleurdert ved å søke opp artikkelens tidsskrift i *norsk senter for forskningsdata* sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, 2019). Ved gjennomgang av valgte forskningsartikler brukte vi helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur. Dette ble gjort for å sikre resultatenes pålitelighet, funn og relevans til oppgaven (Helsebiblioteket, 2016).

3.3 Søketabell

Nr.	Søkedato	Søkeord og kombinasjoner	Database	Inklusjonskriterier	Antall treff	Valgt artikkel
1	01.12.2020	«Diabetes mellitus type 2» AND «Lifestyle» AND «Motivation» AND «Diet» AND «Middle age»	PubMed	«2015-2020» Language: English, Norwegian, Danish, Swedish	47	Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A. & Andrews, R. C. (2018). « <i>I've made this my lifestyle now</i> »: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus
2	02.12.2020	«Motivational interviewing» AND «Diabetes mellitus type 2» AND «Middle age»	CINAHL	«2015 – 2020» Language: English, Norwegian, Danish, Swedish	20	Graves, H., Garrett, C., Amiel, S. A., Ismail, K. & Winkley, K. (2016). Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences.
3	14.12.2020	«Diabetes mellitus type 2 AND «Health» AND «Motivation» AND «Self Care»	CINAHL	«2010 – 2020» Language: English, Norwegian, Danish, Swedish	12	Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes.

4	06.01.2021	«Lifestyle» AND «Motivational interviewing» AND «diabetes» AND «Nurse»	PubMed	«2011-2021» Language: English, Norwegian, Danish, Swedish	19	Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study.
---	------------	---	--------	--	----	---

3.4 Valg av annen litteratur

Annen faglitteratur er hentet fra tidligere pensumlister og søk i databasen *Oria* på skolebibliotekets nettsider. Det er anvendt flere kilder som inkluderer samme tema for en bredere forståelse. Bøker om diabetes type 2, kosthold, MI, veiledning og Dorothea Orems modell ble anvendt grunnet sin relevans til problemstillingen. Vi har også hentet litteratur fra nettsidene; lovdata, helsedirektoratet, diabetesforbundet, stortingsmeldinger, Norsk sykepleierforbund samt helse- og omsorgsdepartementet.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere anvendt litteratur. På den måten gis leser et innblikk i refleksjonene som er gjort ved vurdering av relevans og pålitelighet av anvendt litteratur (Dalland, 2020).

Kurs og forelesning i regi av skolebiblioteket har gitt oss et grunnlag for søk etter forskningsartikler og vurdering av kilder. Vi har anvendt databaser fra skolebibliotekets nettressurser og anser disse som faglig relevante og veletablerte.

Vi har forsøkt å anvende primærkilder så langt det har latt seg gjøre. Dette innebærer den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk (Dalland, 2020). Sekundærkilde er likevel anvendt dersom primærkilde ikke er å oppdrive. Sekundærkilde innebærer bl.a. oversatt utgave eller omtale av primærkilden (Dalland, 2020). Anvendt sekundærlitteratur er i stor grad fagbøker fra pensumlitteratur gjennom bachelorstudiet og vi anser derfor disse kildene som pålitelige. Vi har tilstrebet å anvende nyeste utgave av faglitterære bøker, da disse har gjennomgått seneste revisjon med oppdatert kunnskap. Samtlige forfattere er kreditert ved referansestilen APA 7th.

Vi valgte artikler som anvender kvalitativ metode, ettersom vi ønsket vektlegging av den enkeltes meninger og opplevelser av MI og kostholdsendringer. Samtidig er motivasjon en subjektiv oppfatning. Likevel undersøker kvalitativ metode færre intervjuobjekter og en må vise forsiktighet med å generalisere resultatene (Dalland, 2020). Vi ønsket å anvende relativt nye forskningsartikler fra land med stor overføringsverdi til det norske helsevesenet. Derfor så vi etter artikler fra Skandinavia eller Europa. Artikkene til Sebire et al. (2018) og Graves et al. (2016) er fra England og vi anser overføringsverdien som stor til det norske helsevesenet. Vi valgte også to forskningsartikler av noe eldre dato. Dette ble gjort for å få med relevant skandinavisk forskningslitteratur. Artikkene til Oftedal et al. (2010) og Brobeck et al. (2014) er henholdsvis fra Sverige og Norge, og vi anser derfor fremdeles relevans til nåværende praksis.

Samtlige artikler er skrevet på engelsk. Dette kan innebære en svakhet dersom det forekommer feiltolkning i vår oversettelse. Alle forskningsartikkene har til felles at de inkluderer erfaringer med kostholdsending og diabetes type 2. Selv om kosthold undersøkes i artikkene, går ingen spesifikt inn på kun kostholdsendringer, men heller motivasjon til livsstilsending generelt. Sebire et al. (2018) vurderer motivasjon på ulike nivåer og Oftedal et al. (2010) har som formål å undersøke livsverdiens påvirkningskraft på selvregulerende atferd, uten at MI brukes som metode. Vi har derfor trukket ut det vi anser å ha overføringsverdi til besvarelse av vår problemstilling

4 Presentasjon av forskningsartikler

Forskningsartiklene vil her bli presentert med en syntese av hovedfunnene, før de settes inn i en artikkelmatrise.

4.1 Syntese

Samtlige forskningsartikler fant at pasienter ofte følte på ambivalens til endring, hvor de både ønsket og ikke ønsket å gjennomføre endringen. Majoriteten av forskningsartiklene pekte på et behov for indre motivasjon for langvarig endring. Anvendelse av MI viser stor effektivitet for å skape god relasjon i partnerskapet og fremme indre motivasjon. Samtidig fremhever Graves et al. (2016) at anvendelse krever at utøvende sykepleier besitter tilstrekkelig kompetanse om MI for effektiv veiledning. Pasientene ønsket delaktighet for større påvirkningskraft og makt over egen situasjon. Flere av artiklene fant at pasientene fryktet at sykepleier skulle gjøre seg opp antagelser om dem, og vektla at deltakelse fordret at de ikke ble møtt med kritikk. Samtidig fant flere av artiklene at pasientene gruet seg til veiledningen var over og de måtte være mer selvstendig uten sykepleiers kontinuerlige støtte. Samlet sett presenterer de ulike forskningsartiklene både pasients og sykepleiers perspektiv i det motivasjonsskapende samarbeidet.

4.2 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A. & Andrews, R. C.	« <i>I've made this my lifestyle now</i> »: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus	BMC Public Health	Utforske hvordan pasienter med nylig diagnostisert diabetes type 2 opplever motivasjon for endring av livsstil.	Kvalitativ metode. Analyse av semistrukturerte intervjuer hvor intervjuobjektene bestod av 30 voksne som nylig var diagnostisert med diabetes type 2. Samt deltok i Early ACTIC-studien (Early ACTivity In Diabetes).	Funnene avdekket en mangfoldig motivasjonskvalitet hos pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2. Indre motivasjon blir fremhevet som noe som oppnås over tid. Ved at endringen vanepreges opplevde intervjuobjektene større motstandsdyktighet mot ytre påvirkninger.

2	Graves, H., Garrett, C., Amiel, S. A., Ismail, K. & Winkley, K.	Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences	Primary Care Diabetes	Beskrive sykepleiers erfaring ved anvendelse av psykologiske ferdigheter for å støtte pasienter med diabetes type 2 til selvstendig ivaretagelse av sykdom.	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju hvor deltakerne ble delt i to grupper; en intervensjonsgruppe hvor sykepleierne tok i bruk the Diabetes-6 Study med blant annet MI som rammeverk og en kontrollgruppe hvor sykepleierne brukte standard behandling.	Tre hovedtemaer ble identifisert. 1. Sykepleierne opplevde at intervensjonene ledet til økt empowerment hos pasientene. Samtidig som det ble identifisert en manglende evne til engasjement hos pasientene. 2. Sykepleierne følte på profesjonelle begrensninger og bekymring for å overskride sin rolle i samhandling med pasient. 3. Behov for støtte fra andre faggrupper.
3	Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E.	Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes.	Journal of Clinical Nursing	Identifisere livsverdier hos voksne med diabetes type 2 og hvordan disse verdiene kan påvirke pasientenes evne til selvregulering.	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju med intervjuobjekter rekruttert fra sykehus, lokal diabetes forening og fastlegekontor i Norge.	Studien konkluderer med at flere livsverdier kan komme i konflikt med pasientens evne til selvregulering. Funn indikerer derfor at sykepleier må gjøre en innsats for å få innsikt i pasientens verdier og ta de i vurdering ved veiledning av pasient. Pasienter med diabetes type 2 bør få hjelp til å sette spesifikke mål for selvregulerende atferd.
4	Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C.	Patients' experiences of lifestyle discussions based on	BMC nurse	Beskrive hvordan pasienter med diabetes type 2 opplever	Kvalitativ metode. Ustrukturert intervju i dialog-form med 16 deltakere. Intervjuobjektene ble	Studien fant god effekt av MI-baserte samtaler. Samtidig fordrer pasientdeltakelse

		<p>motivational interviewing: a qualitative study.</p>		<p>livsstilsamtaler med motiverende intervju som metode.</p>	<p>spurt om hvilke livsstilsendringer de ønsket å foreta, samt deres erfaringer med livsstilsamtaler med sykepleier.</p>	<p>motivasjon og bevissthet på egen rolle ved gjennomførelse av livsstilsendringer. Livsstilveiledning med MI som metode ivaretar pasientens selvbestemmelse gjennom gjensidig interaksjon og at pasienten opplever å være en bidragsyter i egen endring.</p>
--	--	--	--	--	--	---

5 Diskusjon

I følgende kapittel drøftes problemstillingen “*Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å motivere til kostholdsendringer hos pasienter med diabetes type 2, ved bruk av motiverende intervju?*” i lys av relevant litteratur og forskning.

Orem konstaterer at den beste sykepleien iblant er den som har form av undervisning og støtte, ved at sykepleier underviser eller veileder pasienten i egenomsorgstiltak (Cavanagh, 1999). Det å gripe omfattende inn og handle for pasienten kan være uriktig da det undergraver pasientens motivasjon til å ta ansvar for seg selv, når en ellers er i stand til det (Cavanagh, 1999). Samtidig fordrer dette at sykepleier har kompetanse til å tilby individtilpasset og personlig veiledning og støtte, for å holde motivasjonen til endringsarbeidet varmt, og unngå å gripe ytterligere inn i handlinger pasienten selv kan og bør utføre. Suksessfull veiledning krever at faglig ekspertise innen diabetes type 2 og anbefalte kostholdstiltak, supplementeres med tilstrekkelig pedagogisk- og sykepleieteoretisk kompetanse for økt motivasjon gjennom bl.a. anvendelse av Orem's modell, MI, etablering av empowerment og forståelse for endringsprosessen.

5.1 MI anvendt på ulike stadier i endringsprosessen

MI kan anvendes som ramme for motivasjonsskaping for kostholdsending, og MI-prinsippene kan brukes på de ulike stadiene i endringsprosessen. Her vil vi ha fokus på sykepleiers veiledende funksjon sett i lys av Orem's teori om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystem.

Erikson beskriver midtlivsfasen som en periode med forventning om produktivitet, stor arbeidskapasitet og evne til omstilling etter de ulike relasjonelle rolleforventningene som stilles, f.eks. forelder, besteforelder og arbeidstaker. Å forholde seg til nydiagnostisert diabetes i tillegg til overnevnte faktorer kan oppleves krevende og summen av krav kan overskride pasientens ressurser (Haugstvedt, 2011). Da kan en ha behov for å oppsøke hjelp fra sykepleier for å dekke sine helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov og unngå egenomsorgssvikt. Målet er å opparbeide kompetanse til selvhjulpenhet, men et ledd i denne prosessen vil være å egenvillig oppsøke hjelp og vise evne til tilpasning eller endring av levevaner i samråd med sykepleier (Cavanagh, 1999).

Pasienter som kommer til poliklinisk veiledning hos sykepleier, kan være på ulike stadier i endringsprosessen. Dette medfører at sykepleier må ha kompetanse til å tilpasse det støttende/undervisende sykepleiesystemet etter pasientens forutsetninger for endring. Videre vil det diskuteres hvilken kompetanse sykepleier må ha i sin veiledende funksjon, ved anvendelsen av MI på de ulike stadiene i endringsprosessen.

5.1.1 Føroverveielse

Føroverveiellesstadiet preges av lav motivasjon eller vilje til å gjennomføre anbefalte kostholdstiltak (Barth et al., 2013). I henhold til Orem vil målet for veiledningen være å gi relevant informasjon og støtte for å hjelpe pasienten å møte sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999). Samtidig er det ofte ikke mangel på informasjon som skaper hinder for endring, men at pasienten ikke opplever personlig relevans eller bevissthet om at problemet foreligger. Det er derfor viktig at sykepleier har kompetanse om dette og fokuserer på å øke kunnskapen på de aspekter som pasienten opplever relevant (Brobeck et al., 2014). I tråd med Orem's modell dreier ikke MI seg om å tvinge eller lure pasienten til endring, men heller å vekke pasientens indre motivasjon og endringsressurser (Miller & Rollnick, 2016). Det vil kreve tid å skape indre motivasjon, og pasienten vil ofte i begynnelsen av endringsprosessen styres av ytre faktorer (Sebire, 2018).

I føroverveiellesstadiet etableres grunnlaget for partnerskapet mellom sykepleier og pasient. Et godt partnerskap finner sted der pasient, gjennom sykepleiers støtte og veiledning, ikke opplever å være alene med sine utfordringer (Miller & Rollnick, 2016). Pasientene i Brobeck et al. (2014) oppga at terskelen for å utsette kostholdsendringer ville vært betraktelig mindre dersom de ikke opplevde tilstrekkelig støtte ved veiledningen. Et partnerskap hvor pasientens empowerment vektlegges vil være en forutsetning for å utløse indre motivasjon og endringsressurser. I Brobeck et al. (2014) fremhever deltakerne et ønske om at sykepleier viser forståelse for at ikke alle ønsker eller kan utføre kostholdsendringer på samme grunnlag. Individuell veiledning gir rom for at samtalen kan styres av pasientens personlige forutsetninger (Karlsen, 2011). Studien viste også at pasienter kan innta en passiv rolle dersom sykepleier stiller for store krav til endring (Brobeck et al., 2014). Samtidig må det stilles visse krav til utøvelse ettersom sykepleiers primære funksjon i det støttende/undervisende sykepleiesystemet, vil være å tilrettelegge for pasientens egenomsorgsevne. Pasienten må selv være ansvarlig for å utøve sin egenomsorg i praksis

(Cavanagh, 1999). Sykepleiers formål er å forstå pasientens tilværelse, gjennom å lytte fremfor å komme med egne visjoner om pasientens virkelighet. Refleksjoner kan her anvendes for å oppnå klarhet i det pasienten ønsker å formidle (Miller & Rollnick, 2016). Samtidig som sykepleier sitter på den faglige kompetansen, må heller ikke sykepleier anta å vite svaret på pasientens dilemma (Miller & Rollnick, 2016). Dette samsvarer med funn gjort av Oftedal et al. (2010) hvor pasientene vektla viktigheten av å ha frihet til å uttrykke egne meninger og ta selvstendige avgjørelser.

Orem fremhever at pasienter, på tross av fullt utviklet egenomsorgsevne, kan oppleve egenomsorgssvikt. Dette kan vise seg ved at pasienten oppsøker helsehjelp, men mangler gjennomførelsessevne grunnet angst eller frykt (Cavanagh, 1999). Sykepleiers forsøk på å rekke fram med informasjon kan avverges av psykologiske beskyttelsesmekanismer, f.eks. ved at pasienten ignorerer situasjonen (Hestvold, 2018). Vegring mot å sette fokus på negative sider av egen atferd sees særlig i begynnelsen av endringsprosessen (Barth et al., 2013). En kan således risikere at de pasientene som har størst behov for gjennomførelse av kostholdsendringer viser lite mottakelighet for veiledning (Barth et al., 2013). Meningsfulle samtaler vil således kreve at sykepleier er sensitiv og viser engasjement for pasientens tanker og følelser. For å dempe pasientens behov for å gå i forsvar, må sykepleier ha kompetanse om kommunikasjonsferdigheten bekreftelse for å vise tilstedeværelse og forståelse (Brobeck et al., 2014). Det vil være en naturlig respons å stadfeste egen autonomi når en konfronteres med opplysninger som kan virke truende på eget selvilde. Sykepleier kan f.eks. bekrefte pasientens tanker ved å si «du er selvbevisst og flink til å sette ord på følelsene dine». Når sykepleier anvender bekreftelse i veiledningen kan pasienten oppleve større mottakelighet for informasjon (Miller & Rollnick, 2016).

Sykepleier har en nøkkelrolle ved eventuell involvering og samhandling med andre faggrupper (Karlsen, 2011). Ved kostholdsendring kan det være relevant for sykepleier å vurdere videre henvisning til bl.a. klinisk ernæringsfysiolog. Dette er særlig relevant der sykepleier observerer, eller pasienten uttaler en manglende kompetanse vedrørende kostholdstiltak. Forskning viser likevel at diabetespasienter ofte har tilstrekkelig kompetanse om livsstilsrelaterte risikofaktorer og konsekvenser, men heller mangler motivasjonen til å tilpasse eller endre levevaner (Brobeck et al., 2014).

Nydiagnostisert diabetes type 2 kan medføre sterke følelsesmessige reaksjoner som nedstemthet eller depresjon. Eksempler på utløsende faktorer kan være skyldfølelse ovenfor at livsstilsvalg har vært en medførende faktor, ensomhet som en reaksjon på å ikke være «normal» eller utilstrekkelighet grunnet mindre egenomsorgskapasitet (Diabetesforbundet, 2020a). Det vil være et dårlig utgangspunkt for endringsarbeidet dersom pasienten er tynget av skyldfølelse (Haugstvedt, 2011). Sykepleier må derfor ha kompetanse om å rette søkelyset mot pasientens styrker og ressurser, fremfor å lete etter svikt eller mangler (Miller & Rollnick, 2016). Dette kalles fremkalling og er en sentral MI-holdning. Det er viktig at psykiske lidelser identifiseres tidlig, ettersom det bl.a. finnes en klar sammenheng mellom depresjon og dårlig egenkontroll av blodglukose (Haugstvedt, 2011). I det tverrfaglige diabetesteamet er det sentralt at sykepleier henviser til andre i teamet der egen kompetanse ikke strekker til. Spesielt er det viktig med tilgjengelighet til psykolog eller psykiater for pasienter med psykiske vansker. Samtidig er det i Norge få diabetespoliklinikker med psykolog eller psykiater tilgjengelig. Det er derfor viktig at sykepleier har oversikt over det psykiatriske hjelpetilbudet som eksisterer i kommunen eller regionen øvrig (Haugstvedt, 2011).

5.1.2 Overveieelse

I overveielesesstadiet har pasienten hverken iverksatt eller tatt en beslutning om endring, men tenker over det og vurderer positive sider opp mot negative (Barth et al., 2013). Pasienten er i dette stadiet fortsatt ikke helt klar for å utføre kostholdsendringer. Sykepleiers mål for veiledning i dette stadiet vil være å øke pasientens bevissthet om behovet for endring, samt styrke motivasjonen for å starte endringsarbeidet (Eide & Eide, 2017). Usikkerhet rundt endring er typisk for dette stadiet og kalles ambivalens. Kompetanse vedrørende ambivalens vil således være elementært for å hjelpe pasienten videre ut av overveielesesstadiet.

Ambivalens kan oppleves som vanskelig å befinne seg i over lengre tid. Ved fravær av tilstrekkelig veiledning kan derfor pasienten ende opp med å bare velge et handlingsalternativ for å slippe ambivalens. Dersom sykepleier ikke veileder pasienten gjennom denne fasen er sannsynligheten derfor stor for at pasienten velger å fortsette med gamle vaner (Hestvold, 2018). Således vil pasienten kunne være avhengig av sykepleiers veiledning for å hindre helsereelatert egenomsorgssvikt. Pasienter har ofte motstridende følelser for endring, hvor de både ønsker og ikke ønsker å realisere endringen (Brobeck et al., 2014). Samtidig kan det

oppstå konflikt der pasienten ønsker endring, men mangler ressursene og motivasjonen til gjennomførelse (Brobeck et al., 2014). Ved bruk av MI kan sykepleier veilede pasienten til en systematisk utforskning av ambivalens, samt sortere positive og negative aspekter fra hverandre. Oppsummeringer kan her anvendes av sykepleier for å samle tråder og gi pasienten anledning til å korrigere eventuelle misforståelser. En ambivalensutforskende samtale hvor sakens to sider separeres og sorteres, kan bidra til økt opplevelse av oversikt over egne tanker og følelser (Barth et al., 2013). Brobeck et al. (2014) fremhever bruken av åpne spørsmål da dette gir pasienten mulighet til å beskrive tanker om kostholdsendring med egne ord. Åpne spørsmål gir rom for at pasienten i større grad kan styre samtalen, og inviterer til refleksjon (Miller & Rollnick, 2016).

Ambivalensutforskning fordrer at sykepleier inntar en nøytral rolle, uavhengig av egne meninger. Sykepleier kan ikke tvinge eller presse frem endringsvilje. Orem vektlegger heller viktigheten av å hente frem pasientens egne ressurser for å vekke motivasjon til egenomsorg (Cavnagh, 1999). Ved utforskning av ambivalens må sykepleier i første rekke lære pasientens synspunkter å kjenne. På den ene siden kan sykepleier oppleve uenighet vedrørende pasientens uttalelser og ha et velmenende ønske om å korrigere pasienten. På den andre siden kan sykepleier risikere at pasientens motstand for endring øker der uttalelser møtes med konfrontasjon eller argumentasjon. Pasientene i Brobeck et al. (2014) oppga at dersom de hadde opplevd å få kritikk under veiledningen ville de avsluttet videre deltakelse. Det er derfor viktig at sykepleier møter pasienten med aksept for å redusere motstand og lette endringsarbeidet (Barth et al., 2013). Det er ikke alltid like lett for sykepleier å være bevisst på at samhandlingen med pasienten kan bære preg av overtalelse. Likevel er det nettopp dette som skjer når sykepleier forsøker å informere, presentere løsninger eller oppmuntrer til egenomsorg. Liten bevissthet på grad av overtalelse kan lede til at sykepleier opplever at endringsarbeidet stagner, uten å forstå årsakssammenhengen. Dermed kan en risikere at sykepleier slutter å forsøke eller utsetter videre tiltak, da en oppfatter pasienten som umotivert (Hestvold, 2018).

Sannsynligheten for å oppnå endring er større der endringen harmonerer med andre mål og verdier. Samtidig kan kostholdsendringer med mål om metabolsk kontroll komme i konflikt med preferanser om f.eks. smakfull, men usunn mat (Ofstedal et al., 2010). Sykepleier må her formidle medfølelse og forståelse slik at endringen utføres på pasientens premisser. Samtidig krever dette et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier for positiv innstilling til endring.

Dette avhenger av at sykepleier har gjort en innsats for å skape et godt partnerskap allerede i føroverveiellesstadiet.

Sykepleier må ha kompetanse til å kunne styrke pasientens indre motivasjon. Likevel er vi ikke immune mot ytre påvirkninger og motivasjonen kan formes av normer, regler, kunnskap vi tilegner oss og andre mennesker (Hestvold, 2018). Mennesker er sosiale vesener og identitet og selvbilde formes av relasjonen vi har til andre mennesker. Dette fører til at motivasjon påvirkes av menneskene vi står nær, samtidig gjennomfører en sjelden langvarig endring kun fordi andre ønsker det (Hestvold, 2018). Motivasjonen for langvarige kostholdsendringer må derfor komme innenfra, og målet med MI vil her være å skape indre motivasjon. Sebire et al. (2018) fant at dersom pasienter med diabetes type 2 støttes til å oppnå indre motivasjon vil kostholdsendringene være mer bærekraftig for ytre påvirkninger, f.eks. tidsklemme, ferier eller sosiale sammenkomster. Dette samstemmer med Orems prinsipper, om at endring fordrer selvstendig vilje og ønske om gjennomførelse (Cavanagh, 1999). Ved å internalisere motivasjonen opplevde deltakerne kostholdsendringene som en rutinemessig del av deres hverdag. En deltaker fortalte at han opplevde det som viktig at han oppnådde motivasjon gjennom gleden for hva endringen representerte, fremfor ytre press om etterlevelse fra sykepleier (Sebire et al, 2018).

5.1.3 Forberedelse

Forberedelsesstadiet preges av at pasienten har en mer systematisk endringsvilje enn tidligere, og søker informasjon om problemområdet og mulig fremgangsmåte. Pasienten har i dette stadiet tatt stilling til ambivalensen og motargumenter bærer ikke lenger samme tyngde. Pasienten vil således være mer åpen for undervisningsdelen av det støttende/undervisende sykepleiesystemet uten å sette opp beskyttelsesmekanismer og motargumenter (Barth et al., 2013; Cavanagh, 1999). Sykepleier kan f.eks. informere om hvordan mindre og hyppige måltider, hvor karbohydratrike matvarer erstattes med fiberrik mat og kunstig søtning, kan bidra til opprettholdelse av stabil blodglukose og motarbeide rask blodglukosestigning (Jenssen, 2016).

Sykepleier vil i forberedelsesstadiet hjelpe pasienten med å avklare mål for kostholdsendringen. Selv om pasienter med diabetes type 2 gjerne er klar over og bekymret for potensielle helserelaterte konsekvenser, har de fleste ikke satt seg spesifikke mål som kan

bidra til tilstrekkelig metabolsk kontroll (Oftedal et al., 2010). Oftedal et al. (2010) fant at motivasjonen kunne svekkes dersom mål var for langsiktige. Flere deltakere uttrykte målsetning om et langt og sunt liv. Oftedal et al. (2010) argumenterer for at dersom mål er for langsiktige kan intensiver for gjennomførelse av tiltak og opprettholdelse av motivasjonen svekkes. Deltakerne i Sebire et al. (2018) oppga at det var viktig at endringen foregikk gradvis, gjennom realistiske delmål. Sykepleier må være bevisst på at pasienten kan oppleve det vanskelig å formulere egne mål og bør derfor hjelpe med å sette opp spesifikke og gjennomførbare mål for kostholdsendringen. F.eks. kan sykepleier fremlegge et behandlingsmål om langtidsblodglukose på 53mmol/mol innen de neste 3 månedene (Helsedirektoratet, 2019). Sykepleier kan da komme med forslag til tiltak, bl.a. bruke alternativ søtning som stevia i matlagning, bytte over til sukkerfri brus eller saft og lage mat fra bunnen fremfor å kjøpe halvfabrikat eller fastfood. Det er viktig at sykepleier har nødvendig kompetanse for etablering av tidsramme under planleggelsen av mål. Ved å sette en realistisk tidsramme vil det være lettere å fastslå om tiltak har vært vellykket eller ikke (Cavanagh, 1999).

Ved veiledning må sykepleier ha kompetanse om kommunikative faktorer som medvirker til motmakt. Stemmeleie, kroppslig holdning og valg av ord kan avsløre maktforhold mellom pasient og sykepleier. Dersom sykepleier anvender mye fagterminologi som pasienten kan ha vanskeligheter med å forstå, er dette en form for maktbruk (Ingstad, 2013). For å kunne sikre pasientens medvirkning og således empowerment er det sentralt at sykepleier tilpasser kommunikasjonen til pasientens forutsetninger. Dette støttes av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 som lovfester at medvirkning skal tilpasses pasients «evne til å motta informasjon». Fullstendig pasientautonomi forekommer først når sykepleier har gitt «den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand» og støttet pasientens endelige avgjørelse (Brobeck et al., 2014; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

5.1.4 Handling

I handlingsstadiet blir endringen synlig på atferdsnivå. Selv om atferdsendring til syvende og sist er noe pasienten selv utfører, vil pårørende kunne spille en sentral rolle for de pasientene som søker ytre motivasjon gjennom bekreftelse (Sebire et al., 2018). På den ene siden kan en anta at pårørende er en viktig ressurs i endringsprosessen. Sebire et al. (2018) oppgir at tid med familien og deltagelse i familierelatert ansvar øker motivasjonen for kostholdsendring.

På den andre siden antydde flere pasienter i Brobeck et al. (2014) at de primært ønsket å søke veiledning hos en utenforstående, fremfor nært bekjentskap. Familie og venner kunne stille urealistiske mål, mase eller bli skuffet når pasienten ikke innfridde deres forventninger. Overbeskyttende familiemedlemmer kan bli et frustrasjonsmoment, vanskeliggjøre kostholdsendringer og lede til konflikt innad i familien. Sykepleier representerer i større grad en upartisk rolle med bredspektret kompetanse innen motivasjonsskaping og endringsprosessen (Brobeck et al., 2014). Samtidig følte pasientene større selvtillit til ærlig og åpen kommunikasjon, grunnet sykepleiers taushetsplikt (Brobeck, 2014). Orem vektlegger likevel viktigheten av å involvere pårørende. Et viktig element i dette vil være å undersøke personlighetstrekk hos pasient eller pårørende som kan komme til hinder for samarbeidet, f.eks. passivitet eller frustrasjon (Cavanagh, 1999). På denne måten kan sykepleier kartlegge relasjonelle faktorer som kan ha innvirkning på samarbeidet og egenomsorgsevnen.

Deltakerne i Oftedal et al. (2010) vektla hvordan det å være og leve som «alle andre» kunne komme i konflikt med anbefalte kostholdsendringer. Orem vurderer hvordan sykdom kan lede til endret selvbilde, og at det derfor er vesentlig å kunne tilpasse seg de endringer sykdommen medfører (Cavanagh, 1999). Mange opplevde sosial stigmatisering og uttrykte redsel for isolasjon eller å bli behandlet annerledes (Oftedal et al., 2010). Disse følelsene kan spesielt være tilstedeværende ved nydiagnostisert diabetes type 2, og det er således viktig at sykepleier har kompetansen til å håndtere dette. Oftedal et al. (2010) fant at ønske om å være «normal» kunne ha negativ innvirkning på blodglukosereguleringen. Samtidig beskrev flere deltakere viktigheten av å føle tilhørighet til et fellesskap med mennesker med liknende målsettinger som dem selv. Dette kunne dreie seg om vennegrupper som samlet seg for å tilberede sunn og karbohydratfattig mat. Sykepleier kan derfor motivere pasienten til å ta del i en slik gruppering, og informere om at det finnes ulike motivasjons- og støttegrupper, bl.a. i regi av diabetesforbundet. Dette kan gi gruppetilhørighet og skape normalitet rundt pasientens kostholdsendringer og mål.

Oftedal et al. (2010) fant at deltakere syntes det var vanskelig å kombinere mål og verdier på arbeidsplass med kostholdsendringer for bedret blodglukoseregulering. Det er et faktum at dårlig helse innvirker på evnen til å opprettholde betalt arbeid, og diabetesrelaterte komplikasjoner er assosiert med funksjonsnedsettelse (Oftedal et al., 2010). På den ene siden fant Oftedal et al. (2010) at stress på jobb kunne ha negativ effekt på blodglukoseregulering. På den andre siden uttrykte flere deltakere at det å beholde jobben var en sentral motivasjon

for kostholdsendringen. Frykten for å miste jobben grunnet helse relatert egenomsorgssvikt kan således føre til økt motivasjon til etterlevelse av anbefalte kostholdsråd. Samtidig vil frykt være en ugunstig motivasjonsfaktor da dette setter fokus på negative sider ved manglende etterlevelse av kostholdstiltak, fremfor positive aspekter ved utført endring (Barth et al., 2013).

5.1.5 Vedlikehold

Kostholdsendringer kan være vanskeligere å gjennomføre og vedlikeholde enn forventet, og det er viktig at poliklinikk tilbyr tid og ressurser til oppfølgingssamtaler (Brobeck et al., 2014). På den ene siden kan en tenke seg at oppfølging av pasienter kan være ressurskrevende og ta opp mye tid for sykepleier. På den andre siden vektla pasientene i Brobeck et al. (2014) at det ikke var nødvendig med lange samtaler. MI vil derfor kunne være en god metode å anvende i en travel arbeidshverdag ettersom effekten ikke begrenses av korte intervensjoner (Barth, 2014). Ved å få støtte av sykepleier etter gjennomgått kostholdsendring, kan pasienten oppnå ytterligere motivasjon til å fortsette opprettholdelsen av nye vaner.

Hensikten med Orems støttende/undervisende sykepleiesystem vil være å lede pasienten til selvstendig ivaretagelse av sin helsesviktrelaterte egenomsorgsevne (Cavanagh, 1999). Samtidig oppga deltakerne i Sebire et al. (2018) bekymring for å avslutte den polikliniske oppfølgingen, ettersom jevnlig veiledning med sykepleier ga motivasjon for å opprettholde endringen. Det kan derfor være hensiktsmessig med en gradvis nedtrapping av den polikliniske veiledningen.

Sykepleier må vurdere hvor fristende gamle rutiner vil være å gjenoppta. Ofte blir dette lettere med tiden, men fristelser vil likevel alltid være tilstedeværende (Barth et al., 2013). Dersom sykepleier gir rom for at tilbakefall er lov er også sannsynligheten større for at pasienten innrømmer det (Brobeck et al., 2014). Sykepleier bør snakke med pasienten om hvordan opprettholde motivasjonen til å avstå fra negative fristelser. Sykepleiers veiledende funksjon blir å holde motivasjonen varm gjennom oppfølgingssamtaler om hverdagslige utfordringer, fristelser, eller selvsaboterende tanker. Pasienten kan oppleve usikkerhet på egen mestring, spesielt dersom en har erfaring med tidligere mislykkede forsøk på kostholdsendring. Samtidig vektla pasienter i Sebire et al. (2018) at forsøk på kostholdsendringer pre diagnositidspunkt hadde blitt motivert av forfengeligheit fremfor helsemessig gevinst.

Diagnosen ga derfor større motivasjon enn tidligere til gjennomførelse av kostholdstiltak for å opprettholde tilfredsstillende blodglukoseregulering og bedret helseutsikt.

5.2 Erfaringer ved anvendelse av MI

MI har blitt mer vanlig å bruke i Norge i dag, grunnet metodens gode forskningsresultater (Ivarsson, 2017). Samtidig kan bruken av MI by på ulike utfordringer for både sykepleier og pasient.

I Graves et al. (2016) ga sykepleierne uttrykk for at MI gir anledning til å flytte noe av ansvaret for kostholdsendringen tilbake til pasienten. På den ene siden opplever sykepleiere at pasientenes motivasjon til endring styrkes ved økt ansvar over egen situasjon. En sykepleier oppga at samtalene med pasient ble mindre stressende ved bruk av MI. Gjennom å overføre noe av ansvaret tilbake til pasient følte sykepleier at hun samtidig reduserte noe av egen ansvarsbyrde (Graves et al., 2016). På den andre siden vil større ansvar kreve mer av pasienten, og det ble et gjentakende problem med manglende oppmøte eller vilje til gjennomførelse (Graves et al., 2016). Sykepleier må derfor ha kompetanse til å identifisere hvor pasienten er i endringsprosessen, og tilpasse ansvarsmengden deretter.

Deltakerne i Oftedal et al. (2010) fremhevet viktigheten av å ta selvstendige valg vedrørende egen behandling. Dette vil være et sentralt element for å styrke pasientens empowerment. Selv om pasienter kan være motiverte til kostholdsendring vil suksessfull regulering være mer sannsynlig dersom motivasjonen formes av selvbestemmelse (Oftedal et al., 2010). På den ene siden vil selvbestemmelse være et sentralt element for pasientens motivasjon ved kostholdsregulering. På den andre siden drøfter Oftedal et al. (2010) at noen deltakere ga selvbestemmelse så høy verdi at de ignorerte sykepleiers anbefalinger. Sykepleier må derfor vise aksept dersom pasienten ikke er klar til å gjøre eller ønsker å gjøre en endring.

Poliklinisk sykepleier vil ha et visst ansvar for at MI samtalene opprettholdes. Samtidig vil poliklinisk oppfølging, i motsetning til hjemmesykepleien, sykehjem eller sengepost forde at pasienten faktisk er villig til å møte opp selv. Sykepleierne i Graves et al. (2016) følte at de ettertrykkelig måtte oppfordre pasientene til oppmøte i en slik grad at det kunne oppleves ubehagelig. På den ene siden kan noen pasienter dra nytte av at sykepleier legger et press om oppmøte, for å opprettholde motivasjonen til gjennomførelse av veiledningen (Sebire et al.,

2018). På den andre siden kan et slikt press gi opphav til forsvarsmekanismer og lav deltagelse (Brobeck et al., 2014). Sykepleier må derfor ha kompetanse til å individuelt tilpasse oppfordringer om oppmøte etter den enkelte pasients behov, uten å skape ytterligere motstand for endring (Barth et al., 2013).

Sykepleierne i Graves et al. (2016) uttrykte frykt for å overskride sin rolle som sykepleier. Dette kunne oppstå når sykepleier hadde skapt rom for at pasienten kunne snakke åpent og styre samtalen i ønsket retning. Pasienten kunne da anvende denne anledningen til å ta opp potensielt urelaterte problemstillinger de ønsket utløp for. En sykepleier formulerte dette slik: «De brukte det ikke for diabetes, de brukte det... for å lesse problemene over på meg og jeg visste ikke hvordan jeg skulle håndtere disse problemene fordi jeg er ikke en psykolog, jeg er bare en sykepleier» (Graves et al., 2016, s. 379). Temaene under samtalen kunne altså være i en gråsoner for hva sykepleier hadde kompetanse til å uttale seg om. Dette fordrer sådan at sykepleier må være bevisst for hvordan MI-samtalen arter seg, og søker kompetanse fra det tverrfaglig samarbeidet der hun føler at sin rolle overskrides.

Praktisk poliklinisk anvendelse av MI forutsetter at sykepleier har fått opplæring i sentrale kompetansekriterier. Miller og Rollnick (2016) foreslår etablering av lokal ekspertise i MI slik at en ressursperson på poliklinikken kan fremme videre utvikling av kompetanse og opplære nyansatte. Det finnes ingen fasit på hvor mye opplæring som kreves for å oppnå et tilstrekkelig kompetansenivå. Egenstudier og deltakelse på seminar vil kunne gi en innføring i bruken av MI. Samtidig vil opplæring kreve observasjon av praksis, tilbakemeldinger og coaching. I tillegg vil kompetansen svekkes og rutinepreges over tid, noe som fordrer at sykepleier jevnlig må oppdatere og vedlikeholde egen kompetanse (Miller & Rollnick, 2016).

6 Avslutning

Formålet med denne oppgaven var å belyse ulike aspekter ved sykepleiers kompetanse som kreves for å motivere pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 til å gjennomføre kostholdsendringer.

Kompetanse er et vidt begrep som rommer flere aspekter. I følgende oppgave har vi undersøkt hvordan kompetanse om kommunikative virkemidler, empowerment og endringsprosessen vil være sentrale for sykepleiers veiledende funksjon. Endring av kostholdsvaner vil ikke være en enkeltstående oppgave og krever opparbeidelse av indre motivasjon for langvarig endring. Sykepleiers oppgave i det støttende/undervisende sykepleiesystemet er å hjelpe pasienten til selvhjelp, og styrke pasientens evne til egenomsorg. Å motivere pasienter med nydiagnostisert diabetes type 2 til kostholdsendringer vil by på en sammensatt utfordring, hvor sykepleier møter pasienter på ulike stadier i endringsprosessen. Dette fordrer at sykepleier tilbyr individtilpasset veiledning i form av undervisning og støtte. I følgende oppgave har vi valgt MI som metode for en slik motivasjonsskaping.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss et bredt spekter av kompetanse. Grunnet sykdommens hyppige forekomst er sannsynligheten stor for at vi møter på denne pasientgruppen, som ferdigutdannede sykepleiere. Samtidig har tematikken stor overføringsverdi til andre pasientgrupper, f.eks. arbeid med livsstilsendringer ved ulike kroniske sykdommer eller rusavhengighet.

Opgaven belyser sentrale aspekter for sykepleiefaglig kompetanse i det motivasjonsskapende arbeidet. Samtidig er oppgaven, grunnet dens omfang, ikke fullstendig utfyllende. Vi anerkjenner at behovet for videre forskning er tilstedeværende, men ut fra valgt forskningslitteratur kan en likevel trekke ut funn som kan peke i retning av en konklusjon.

Forskning viser at MI er en effektiv metode for å skape en pasientnær tilnærming for veiledningen. Metoden bygger på et veletablert og gunstig partnerskap fremmet ved sykepleiers respektfulle og empatiske holdning, samt vektleggelse av pasientautonomi. Effektiv anvendelse av metoden fordrer at poliklinisk sykepleier får tilstrekkelig opplæring, samt har anledning til å trene på og vedlikeholde egen kompetanse.

Sykepleiers behov for kompetanse til å motivere pasienter med diabetes type 2 til kostholdsendringer, ved bruk av motiverende intervju, er både stort og komplekst. Dette vil kreve en allsidig sykepleiefaglig kompetanse hvor faglig ekspertise supplementeres med tilstrekkelig pedagogisk kompetanse. Ofte har pasientene tilstrekkelig informasjon om betydningen og effekten av kostholdsendringer, men mangler motivasjonen til gjennomførelse. Dette fordrer at sykepleier har tilstrekkelig kompetanse om hvordan skape motivasjon ved poliklinisk veiledning. I denne sammenheng har vi trukket frem et behov for kompetanse til å håndtere motstand, samt støtte og undervise pasienter på ulike stadier i endringsprosessen og motivere til endring gjennom aktiv anvendelse av MI-prinsipper.

Litteraturliste

Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 123-146). Akribe.

Askheim, O. P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 71-84). Gyldendal Akademisk.

Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget.

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Gyldendal Akademisk.

Barth, T. (2014). *Motiverende intervju: hvorfor og hvordan benytte seg av denne samtaleteknikken*. Forebygging. <http://www.forebygging.no/artikler/2014-2012/motiverende-intervju-hvorfor-og-hvordan-benytt-denne-samtaleteknikken/>

Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of ifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Universitetsforlaget

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Diabetesforbundet (2020a, 20. oktober). *Å mestre diagnosen*. Hentet 1. desember 2020 fra https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/a-mestre-diagnosen/?_t_id=NCv-NZX-AQEtq3mcfj0htQ%3d%3d&_t_uuid=cpFFVpKqReaOJ8wQquyGxw&_t_q=motivasjon&_t_tags=language%3ano%2csiteid%3af9d62586-0f79-46a7-96b7-bad4fff47433%2candquerymatch&_t_hit.id=Diabetesforbundet_Web_Features2020_AcademicArticle_AcademicArticlePage/_3b3459d5-3444-41e5-9726-d57d3d311eda_no&_t_hit.pos=2

Diabetesforbundet. (2020b, 20. oktober). *Hverdagsmestring*. Hentet 1. desember 2020 fra https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/livet-med-diabetes-type-1/hverdagsmestring/?_t_id=NCv-NZX-AQEtq3mcfj0htQ%3d%3d&_t_uuid=u6SLnv96Q-m3Bot7AZeIPg&_t_q=%22indre+motivasjon%22&_t_tags=language%3ano%2csiteid%3af9

[d62586-0f79-46a7-96b7-](#)

[bad4fff47433%2candquerymatch&_t_hit.id=Diabetesforbundet_Web_Features2020_AcademicArticle_AcademicArticlePage/_683c1ce7-cab0-4809-aec2-361de43ee0fc_no&_t_hit.pos=1](#)

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

Graves, H., Garrett, C., Amiel, S. A., Ismail, K. & Winkley, K. (2016). Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences. *Primary Care Diabetes*, 10(5), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2016.03.001>

Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 269-315). Akribe.

Helsebiblioteket. (u.å). CINAHL. Hentet 06. januar 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklistor. Hentet 07. januar 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). *Motiverende intervju som metode*. Hentet 2. desember 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2018, 5. oktober). *Kosthold ved diabetes*. Hentet 10. desember 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-diabetes#null-praktisk>

Helsedirektoratet. (2019, 20. desember). *Blodsukkersenkende behandling og behandlingsmål ved diabetes type 2*. Hentet 09. mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/behandling-med-blodsukkersenkende-legemidler-ved-diabetes/blodsukkersenkende-behandling-og-behandlingsmal-ved-diabetes-type-2#behandlingsmal-for-hba1c-ved-diabetes-type-2-sammendrag>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi: For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*. Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

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

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.

Ivarsson, B. H. (2016). *Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

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

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veilednings samtalen – nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Grue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 216-236). Akribe.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Ad notam Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie - fag og funksjon*. (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: Støtte til endring*. Fagbokforlaget.

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 2*. (5. utg., s. 51-82). Gyldendal Akademisk.

Norvoll, R. (2019). Makt og avmakt. I E. Brodtkotb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (3. utg., s. 63-95). Gyldendal.

Norsk senter for forskningsdata. (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 07. januar 2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 2. desember fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2548-2556. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A. & Andrews, R. C. (2018). "I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 18(204), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>