

Sykepleiers forutsetninger for å bruke motiverende intervju

*Hva er forutsetningene for at motiverende intervju skal kunne bidra til livsstilsendringer hos
pasienter med diabetes mellitus type 2?*

Kandidatnummer: 29 & 220
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14 B

Antall ord: 8641
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

| | |
|---|--|
| ABSTRAKT | Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022 |
| Tittel: Sykepleieres forutsetning for å bruke motiverende intervju | |
| <p><u>Problemstilling</u> Hva er forutsetningene for at motiverende intervju skal kunne bidra til livsstilsendringer hos pasienter med diabetes mellitus type 2?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teoretisk fagkunnskap om diabetes type 2 vil bli presentert innledningsvis etterfulgt av livsstil og livsstilsendringer som behandling av diabetes type 2. Deretter nevnes motivasjon som en faktor for livsstilsendringer. Videre blir motiverende intervju som er en samtalem metode for livsstilsendringer presentert etterfulgt av holdningssettet ved MI og kommunikasjonsferdigheter, samt endringsprosessen blir beskrevet. Deretter blir sykepleierens veiledende funksjon og konteksten frisklivssentralen beskrevet. Avslutningsvis nevnes relevante etiske og juridiske aspekter.</p> <p><u>Metode</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave som bygger på eksisterende fag- og forskningslitteratur. Fem forskningsartikler, samt aktuell faglitteratur er benyttet i denne oppgaven for å besvare problemstillingen. Litteratursøket er foretatt i databasen PubMed og emneord brukt i søkeprosessen er «Diabetes Mellitus Type 2, Motivational interviewing, Lifestyle changes og Nurse experiences» for å finne frem til valg litteratur.</p> <p><u>Drøfting</u> Relevante funn fra forskningslitteratur trekkes frem i drøftingen og på bakgrunn av dette diskuteres det frem aktuelle temaer som holdninger ved MI, informasjon, empatisk lytting, tid og motivasjon som forutsetninger for en effektivt bruk av MI.</p> <p><u>Konklusjon</u> Oppsummert ser vi at det noen forhold sykepleier har mulighet til å påvirke, som egne holdninger til MI-metoden og til pasienten. Holdninger som partnerskap bør vektlegges, i møte med diabetes mellitus type 2 pasienter, fremfor å være moraliserende. Et tillitsfullt samarbeid, bidrar til pasientenes utvikling i en positiv livsstilsendring. Det forutsetter også at sykepleier besitter kunnskaper om diabetes type 2 kosthold. Sykepleiers måte å legge frem informasjon for pasienten har medvirkning på pasientens endringsprosess. Avslutningsvis ser vi at sykepleieren bør vise hensyn til pasientens egen vilje til endring og at sykepleieren bør selv være interessert og motivert til å bruke MI.</p> | |

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 2 |
| 1.1 | Bakgrunn | 2 |
| 1.2 | Presentasjon av problemstilling | 3 |
| 1.3 | Avgrensning og presisering | 3 |
| 1.4 | Begrepsavklaring | 3 |
| 1.5 | Disposisjon | 3 |
| 2 | Teori | 5 |
| 2.1 | Diabetes Mellitus type 2 | 5 |
| 2.1.1 | Livsstil | 5 |
| 2.1.2 | Livsstilsendringer som behandling | 6 |
| 2.2 | Motivasjon | 6 |
| 2.3 | Motiverende intervju | 7 |
| 2.3.1 | Holdningssettet i MI | 7 |
| 2.3.2 | Kommunikasjonsferdigheter ved MI | 8 |
| 2.3.3 | Endringsprosessen | 9 |
| 2.4 | Sykepleierens veiledende funksjon | 10 |
| 2.4.1 | Frisklivsentral | 10 |
| 2.5 | De etiske og juridiske aspekter | 11 |
| 3 | Metode | 12 |
| 3.1 | Litteratur og søkehistorikk | 12 |
| 3.2 | Inklusjons og eksklusjonskriterier | 14 |
| 3.3 | Øvrig faglitteratur | 15 |
| 3.4 | Kildekritikk | 16 |
| 3.5 | Etiske vurderinger i akademisk skriving | 17 |
| 4 | Resultater | 18 |
| 4.1.1 | Artikkelmatrise | 18 |
| 5 | Diskusjon | 21 |
| 5.1 | Holdninger | 21 |
| 5.2 | Kunnskaper | 24 |
| 5.3 | Informasjon | 24 |
| 5.4 | Empatisk lytting | 25 |
| 5.5 | Tid | 27 |
| 5.6 | Motivasjon | 28 |
| 6 | Avslutning | 30 |
| 7 | Referanseliste | 31 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I en rapport fra Folkehelseinstituttet (Stene & Gulseth, 2021) kommer det frem at det er omtrent 270 000 nordmenn som har diabetes i Norge i dag. Av disse har om lag 247 000 diabetes mellitus type 2. Dette tilsvarer nesten 5% av hele Norges befolkning. Prevalensen har doblet seg de siste 20 årene og utviklingen er forventet å øke de neste årene (Folkehelseinstituttet, 2020). Diabetes type 2 beregnes som en livsstilssykdom og forekommer ofte hos voksne fra 40 år og oppover (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54). Sykdommen er relatert til mange alvorlige senkomplikasjoner i flere av kroppens organer derav øynene, nyrer, nervesystemet og hjertet (Jenssen, 2017, s. 396). Ved nydiagnostisert diabetes type 2 vil behandlingen rettes mot å reversere de faktorene som har bidratt til sykdommen, nemlig dårlig livsstil (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Et sunt kosthold og mer fysisk aktivitet i hverdagen er med på å regulere blodsukker nivå og dermed bidra til å bremse sykdomsutviklingen og forebygge senkomplikasjoner (Jenssen, 2017, s. 395).

Endringer i levevaner krever stor innsats fra pasientene, for å kunne dempe og motvirke sykdomsutviklingen. Det er i denne sammenheng spesielt viktig å fokusere på motivasjon (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Sykepleieren kan hjelpe pasienten med dette arbeidet ved å gi dem motiverende veiledning som kan styrke deres indre motivasjon for endring (Eide & Eide, 2018, s. 56). Motiverende intervju er en samtalemetode som brukes i møte med kroniske pasienter for endring til helserelatert atferd (Hestvold, 2018, s.141). Metoden har særlig vist seg å være hensiktsmessig i møte med pasienter med diabetes og overvekt. Helsedirektorat (2017) anbefaler også å ta i bruk motiverende intervju som samtalemetode for endring av livsstil og helsefremming.

I løpet av sykepleiestudiet har vi møtt mange pasienter med diabetes type 2 i forbindelse med praksis og i jobbsammenheng. Til tross for at de fleste pasienter har kunnskap om sykdommen og dens konsekvenser, er ikke alle like motiverte til å endre livsstil. Dette har dannet grunnlaget for hvordan vi som sykepleiere kan motivere disse pasientene til livsstilsendringer ved bruk av motiverende intervju. Vi skal i denne oppgaven se konkret på forutsetningene som må til ved motiverende intervju som kan bidra til livsstilsendringer hos denne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av vårt tema har vi valgt å besvare følgende problemstilling:

Hva er sykepleiers forutsetninger for at motiverende intervju skal kunne bidra til livsstilsendringer hos pasienter med diabetes type 2?

1.3 Avgrensning og presisering

De fleste pasienter som blir diagnostisert med diabetes type 2 er fra 40 års alder og eldre (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54). Vi skal derfor fokusere på denne pasientgruppen og avgrense til alder mellom 45 og 65 år. Dette er fordi tidlig intervensjon er med på å forebygge utvikling av sykdommen og senkomplikasjoner (Thorsby, 2014, s. 68). I en tidlig fase av diabetes type 2 vil tilpasninger i kosthold og mer fysisk aktivitet være tilstrekkelig for behandlingen de første årene (Jenssen, 2017, s. 395). Konteksten vil derfor rette seg mot livsstilsendringer ved hjelp av motiverende intervju hos denne pasientgruppen. Vi møter pasienten i primærhelsetjenesten på en frisklivssentral og det er sykepleier som skal bruke motiverende intervju som veiledning til motivasjon for livsstilsendringer.

Diabetes mellitus type 2 vil heretter blir omtalt som DM2 og motiverende intervju vil bli omtalt som MI eller motiverende samtale. Hovedfokuset vil ligge på å se forutsetningene sykepleier bør ha ved bruk av MI for endring av livsstil hos pasienter med DM2.

1.4 Begrepsavklaring

Livsstilsendringer

Begrepet livsstil handler om enkelte levevaner som har betydning for pasientens helse, så som kosthold, fysisk aktivitet, røyking, bruk av alkohol og rusmidler. Livsstilsendringer handler dermed om å endre på levevaner for å fremme helse og forebygge sykdom (Kristoffersen, 2016, s. 297).

1.5 Disposisjon

Denne oppgaven skal innledningsvis kort ta for seg patofysiologien til diabetes mellitus type 2, livsstil og livsstilsendringer. Deretter presenteres motiverende intervju som metode for å fremme pasientens motivasjon for endring og viktige momenter ved MI som holdninger og kommunikasjonsferdigheter blir presentert. Videre skal vi beskrive endringsprosessen,

sykepleierens veiledende funksjon ved frisklivssentralen. Vi tar for oss relevante etiske og juridiske aspekter til slutt i teoridelen.

I metodedelen skal vi begynne med å beskrive valg av metode, litteratursøk og søkehistorikk, samt en beskrivelse av fag- og forskningslitteratur. Vi skal videre komme med kildekritikk av valgt litteratur og etiske vurderinger til akademisk oppgaveskriving. Det vil bli presentert sentrale funn fra forskningslitteratur, samt en artikkelmatrise. I neste del skal vi drøfte tidligere brukt teori og forskningslitteratur for å besvare vår problemstilling og til slutt gi en oppsummering av oppgaven.

2 Teori

2.1 Diabetes Mellitus type 2

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som kjennetegnes av enten insulinresistens eller manglende insulinproduksjon (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Insulin er et stoffskiftehormon som dannes i betacellene i pankreas og bidrar til redusering av glukose i blodet og opptak av det i kroppens muskel- og fettvev (Jenssen, 2016, s. 388). Den hemmer også produksjon av glukose i leveren. Ved diabetes type 2 fungerer ikke dette insulinet optimalt (insulinresistens) og samtidig er det en manglende produksjon av hormonet som gjør at glukoseopptaket i muskler og fettvev blir betydelig redusert (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). Når insulinmangel er vedvarende over tid øker glukosekonsentrasjon i blodet noe som fører til en kronisk tilstand, kalt hyperglykemi (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59). Dersom blodglukosen fortsetter å øke og kroppen ikke klarer å kompensere for insulinresistensen vil pasienten også utvikle en lipidprofil med høye nivåer av triglyserider i kroppen (Jenssen, 2016, s. 394). Tilstanden kalles «det metabolske syndromet» og fører til økt risiko for hjerte og karsykdommer (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54).

2.1.1 Livsstil

Type-2 diabetes har sammenheng med arv og livsstil hvor livsstilen spiller en betydelig rolle i utvikling av sykdommen (Sagen, 2011, s. 27). Bare arv alene er sjelden årsaken til diabetes, men livsstilsfaktorer som overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, dårlig kosthold og røyking er viktige påvirkbare faktorer for utvikling av DM2 (Stene & Gulseth, 2021). Særlig overvekt i kombinasjon med fysisk inaktivitet er sterkt assosiert med nedgang i insulinfølsomhet eller såkalt insulinresistens (Tonstad, 2004, s. 55; Jenssen, 2016, s. 394). Personer med en kroppsmasseindeks over 30 har betydelig risiko for å utvikle DM2 sammenlignet med personer som har normal vekt (Stene & Gulseth, 2021; Tonstad, 2004, s. 57). Diabetes og overvekt disponerer også for komplikasjoner i kroppens organer (Thorsby, 2014, s. 67). Disse komplikasjoner omfatter forandringer i kroppens blodkar og dermed utvikling av sykdommer i øyne, nyrer og perifere nerver, samt hjertesykdommer (Jenssen, 2016, s. 396). Livsstilsfaktorer som for høy bruk av tobakk og alkohol, samt fysisk inaktivitet og dårlig kosthold forverrer diabetes komplikasjoner og øker faren for å dø av sykdommen (Kristoffersen, 2016, s. 296).

2.1.2 Livsstilsendringer som behandling

Livsstilsbehandling ved DM2 i form av kostregulering og mer fysisk aktivitet i hverdagen er grunnleggende for å forebygge utviklingen av sykdommen (Sagen, 2011, s. 38). Disse tiltakene er ofte tilstrekkelige for å behandle og begrense utvikling av nyoppstått diabetes (Jenssen, 2016, s. 395). Verdens helseorganisasjon hevder også at det er overbevisende dokumentasjon om at regelmessig fysisk aktivitet og vektreduksjon er med på å minske risikoen for DM2 (Kristoffersen, 2016, s. 332). Helsedirektoratet (2021) anbefaler at personer med DM2 er fysisk aktive minst 150 minutter i uken og at det i tillegg suppleres med styrketrening. Det anbefales også at disse personer spiser et regelmessig og variert kosthold som består av mye grønnsaker, frukt, meieriprodukter, lite mettet fett og sukker (Helsedirektoratet, 2021). Fysisk aktivitet bidrar til økt insulinfølsomhet i muskler noe som gir bedre metabolsk kontroll og mindre behov for legemidler (Sagen, 2011, s. 40). Ved å legge om kostholdet med lavt inntak av mettet fett og karbohydrater samt å øke den fysiske aktiviteten kan pasienter selv kontrollere og forebygge sykdomsutviklingen (Kristoffersen, 2016, s. 332).

2.2 Motivasjon

Motivasjon er iboende hos alle mennesker og kan forstås som den kraften som regulerer hvor mye eller hardt én ønsker å jobbe mot et bestemt mål (Barth, 2020, s. 140). Motivasjon er påvirket av indre faktorer eller ytre faktorer. Indre faktorer er menneskers personlige og særegne ønsker. Ytre faktorer er det som kommer utenfra, det kan være andres meninger eller et negativt press hos én selv som følelsen av skam (Meland & Sandal, 2021).

Det er fordelaktig både for sykepleieren og pasienten selv at han har stor motivasjon for livsstilsendringer, da det øker sjansen for at målet blir nådd (Barth, 2020, s 140).

Selv om motivasjonen daler periodevis vil det kun være den indre motivasjonen som har evnen til å fremkalle krefter til å fortsette arbeidet videre mot målet (Meland & Sandal, 2021).

Det har også en sentral betydning at pasienten har valgmuligheter ved de beslutninger som skal tas, samt tro på sin egen mulighet til å påvirke situasjonen sin, for å oppnå egenomsorg ved diabetes sykdommen (Johansen & Mose, 2013, s.95). Løsninger til livsstilsendringer som pasienten kommer med selv, er mer varige og helsebringende for pasienten, enn at råd og forslag skal komme fra noen andre (Barth, 2020, s 141).

2.3 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en samarbeidsbasert samtalemetode som har som hensikt å støtte opp under en persons indre motivasjon og forpliktelse for endring (Miller og Rollnick, 2016, s. 38). MI er utviklet på 1980-tallet av de to amerikanske psykologene William R. Miller og Stephen Rollnick (Ivarsson, 2016, s. 13). MI-metoden var først utviklet til pasienter med alkoholmisbruk. Siden den gang er metoden blitt tatt i bruk ved livsstilsutfordringer som blant annet overvekt og usunt kosthold (Ivarsson, 2016, s. 11). MI er en personsentrert samtalestil hvor sykepleieren og pasienten jobber mot et felles mål for endring av atferd (Tveiten, 2020, s. 142). Sykepleieren inviterer pasienten til å dele sitt syn på den livssituasjonen pasienten befinner seg i, samt engasjerer seg i pasientens livserfaringer.

På denne måte blir sykepleieren kjent med pasienten og kan veilede med utgangspunkt i pasientens premisser (Ivarsson, 2016, s. 13). Sykepleiere kan bruke MI som en tilnæringsmetode til pasienter med DM2 (Hestvold, 2018, s.120).

2.3.1 Holdningssettet i MI

Holdningssettet i MI er perspektivet som må ligge til grunn for en vellykket praktisering av metoden (Miller & Rollnick, 2016, s. 41). Den gjennomføres av fire hovedelementer som er partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling (Miller & Rollnick, 2016, s. 49).

Partnerskap i MI er basert på et aktivt samarbeid mellom pasient og sykepleier hvor målet er å stimulere pasientens ressurser og veilede vedkommende til å utforske problemer, støtte og vise interesse for å få til positive atferdsendringer. Pasienten er ekspertene over sitt eget liv og med støtte fra sykepleieren aktiveres denne ekspertisen for å få endringer til å skje (Miller & Rollnick, 2016, s. 42-43). Aksept deles videre inn i fire aspekter som innebærer å respektere pasientens indre verdi, være empatisk, respektere pasientens selvbestemmelsesrett og gi bekræftelser. Aksept handler altså om å ikke ha en dømmende holdning overfor pasientens atferd, vise interesse og forståelse for pasientens meninger og anerkjenne pasientens styrker og innsatsvilje (Miller & Rollnick, 2016, s. 43-46). Den tredje holdningen i MI er å ha medfølelse til pasienten for å skape en mellommenneskelig atmosfære og ønske den andres beste. Medfølelse vil si å være sympatisk, fremme pasientens interesse og prioritere hans behov (Miller & Rollnick, 2016, s. 47). Den siste holdning i MI er fremkalling av endring. En viktig oppgave for sykepleieren vil være å fremkalle pasientens ressurser og styrke deres motivasjon for endring. Å forstå pasientens egen perspektiv og handle ut ifra pasientens

verdier og prioriteringer vil være et viktig element for å fremkalle endringssnakk (Miller & Rollnick, 2016, s. 47-48).

2.3.2 Kommunikasjonsferdigheter ved MI

Sykepleier må bruke sine kommunikasjonsferdigheter til å invitere pasienten inn i samtalen. Empatisk lytting er et begrep som brukes i MI (Hestvold, 2018, s.145). Begrepet innebærer at sykepleieren evner å lytte til, samt sette seg inn i det pasienten forteller, uten å konfrontere det som blir sagt på en autoritær måte. Empatisk lytting innebærer også å ha et bevisst forhold til kroppsspråket sitt, som sykepleier (Hestvold, 2018, s.145). Én skal være disponibel for øyekontakt med pasienten, ha et ansiktsuttrykk som speiler de emosjoner som pasienten uttrykker, for å vise interesse for pasienten (Hestvold, 20218, s. 145).

Bekreftelser er en grunnleggende kommunikasjonsferdighet i MI, som dreier seg om å fremkalle og fokusere på det positive. Bekreftelser innebærer at sykepleier bekrefter pasientens utsagn, men uten å gi ros (Hestvold, 2018, s.145). Ros tar utgangspunkt i det én selv oppfatter som viktig og riktig. Den som gir ros blir derfor dommer over rett og galt, og dette må unngås i MI (Hestvold, 2018, s.145). Bekreftelse av pasienten skaper et engasjement i pasienten som driver MI-samtalen fremover. Samtidig vil pasienten bli mer mottakelig for informasjon fra sykepleier (Hestvold, 2018, s.145).

Refleksjoner innebærer at sykepleier tolker essensen av det som pasienten forteller og reflekterer dette tilbake til pasienten i korte setninger (Hestvold, 2018, s.146). På denne måten blir det mulig for pasienten, å korrigere eventuelle misoppfatninger som skjer underveis i samtalen. Ferdigheten er essensiell i MI- samtaler, fordi den fremmer empatisk lytting ved at sykepleier formidler et ønske om å bedre forstå pasienten eller at én forstår budskapet til pasienten (Hestvold, 2018, s.146).

Ved stille åpne spørsmål vil sykepleier gi pasienten mulighet, samt invitasjon til å komme med utbroderende svar og erindringer. Spørreord som begynner med hva, hvordan, hvilken eller hvem er nyttige å ta i bruk (Hestvold, 2018, s. 148). Sykepleier kan også be pasienten forteller mer om noe pasienten tidligere har nevnt i samtalen, slik som «Kan du si noe mer om...». Ved at åpne spørsmål anvendes som en samtaleferdighet viser man at sykepleieren har interesse i å bli kjent med den enkelte pasienten (Hestvold, 2018, s. 148).

En viktig del av MI er å utforske om pasienten har lyst på informasjon og om pasienten er mottakelig for det (Hestvold, 2018, s. 151). Informasjon som gis til en pasient som ikke ønsker eller er mottakelig, kan oppfattes som kritikk. Dette fordi sykepleieren kan den “rette” måten å leve på. Sykepleiernes velmenende informasjon kan ha motsatt virkning dersom pasienten ikke er mottakelig for slik informasjon (Hestvold, 2018, s. 151). Dermed kan det resultere i at pasienten blir en passiv deltaker i samtalen. Dette leder til motstand i pasienten og er ikke konstruktivt for samtaleens fremgang, ei heller tilliten til sykepleier (Hestvold, 2018, s. 151). En måte å utforske om pasienten har behov for, og er mottakelig for informasjonen, er å bruke åpne spørsmål. Slik kan sykepleier finne ut av hva som er nyttig informasjon for den enkelte pasienten (Hestvold, 2018, s. 152). På den måten kan sykepleier tilføre informasjonen til pasienten og deretter gjennom åpne spørsmål igjen utforske om informasjonen var hensiktsmessig for pasienten (Hestvold, 2018, s. 153).

2.3.3 Endringsprosessen

Endringer er en prosess som skjer over tid. Prochaska & DiClemente har utviklet en teoretisk modell kalt ”The Stages of Change Model” for endringer av helseskadelig atferd og vaner (Barth et al, 2013, s. 60). I modellen vises det til fem faser som mennesker gjennomgår systematisk i endring av en atferd (Kristoffersen, 2016, s. 326). Endringsprosessen deles i føroverveielse-, overveielse-, forberedelse-, handling- og vedlikeholdsfasen. De første tre fasene er relatert til personens indre motivasjon for endring, mens de siste to fasene er knyttet til gjennomføring og endring av selve arbeidet (Eide og Eide, 2017, s. 263).

I den første fasen av endringsprosessen er pasienten ofte ikke motivert til endring eller kan mangle innsikt i egen atferd, noe som kan føre til skade for egen helse. Det kan skyldes mangel på kunnskap eller at personen overser konsekvenser (Barth et al, 2013, s. 62).

Den andre fasen er en vurderingsfase hvor personen tenker og veier konsekvenser av egen atferd opp mot hverandre. Denne fasen er preget av motstridende meninger eller oppfatninger av egen atferd såkalt ambivalens (Barth et al, 2013, s. 65). Den neste, forberedelsesfasen, har personen tatt en beslutning og er klar for endring (Eide & Eide, 2017, s. 268). Personen har nå tenkt på å gjøre praktiske forberedelser og er mottakelig for tips og råd for å implementere endringer (Barth et al, 2013, s. 66). I handlingsfasen gjør personen fysiske endringer i forhold til sine vaner, og endringene blir synlig for omgivelsene (Eide & Eide, 2017, s. 270).

Endringer er også knyttet til utfordringer om å holde motivasjonen oppe og fokuset i denne fasen må være fremgang og forbedring (Barth et al, 2013, s. 68).

Siste fase i endringsprosessen vil være vedlikehold av den endrede livsstilen. Dette innebærer å opprettholde motivasjon og forebygge tilbakefall (Eide & Eide, 2017, s. 270; Barth et al, 2013, s. 69).

2.4 Sykepleierens veiledende funksjon

Veiledning er en av sykepleierens viktigste funksjonsområder. Sykepleiere har ansvar for å veilede pasienter til en bedre forståelse av sykdommen og konsekvenser (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). I følge Tveiten (2020, s. 99) er veiledning en samlebetegnelse som består av informasjon, undervisning, instruksjon og rådgivning. Pasienter med DM2 kan ha utfordringer med endring av livsstil og det er sykepleierens ansvar å tilrettelegge for undervisning, støtte og veiledning for at pasienten skal kunne mestre sykdommen selv (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Når sykepleieren gir veiledning er det grunnleggende at én etablerer en trygg og anerkjennende relasjon til sin pasient, og har en mellommenneskelig varme og empati for å gi en god veiledning (Kristoffersen, 2016, s. 384).

Målet med veiledning er at sykepleieren styrker pasientens egen mestring gjennom refleksjoner, oppdagelse og læring (Tveiten, 2020, s. 101). I veiledningsprosessen skal sykepleieren lede pasienten gjennom en profesjonell dialog og ha pasientens perspektiv i fokus, som eksempelvis deres erfaringer, opplevelser og behov. En god dialog vil styrke pasientens egen kompetanse og mestring av eget liv og helse (Tveiten, 2020, s. 101).

2.4.1 Frisklivsentral

En egnet arena for å veilede pasienter til livsstilsendringer kan være på en frisklivsentral. Frisklivssentraler er underlagt kommunehelsetjenesten. Tall fra 2018 viser at tilbudet er tilgjengelig i 274 kommuner og bydeler her til lands (Helsedirektoratet, 2016).

Målgruppen som er ment å benytte seg av frisklivssentralene, er mennesker med sykdom eller som har økt risiko for å utvikle sykdom. Disse pasientene trenger derav hjelp til å legge om sin livsstil eller å mestre de utfordringene deres respektive sykdommer medbringer (Helsedirektoratet, 2016). Hensikten med frisklivssentralen er å forebygge eller bremse sykdomsutviklingen hos pasientene. Dette gjøres ved at helsepersonell gir støtte til livsstilsendringer og helseutfordringer, samt veilede og undervise i helse, livskvalitet og levevaner (Helsedirektoratet, 2016).

2.5 De etiske og juridiske aspekter

Sentrale etiske og juridiske aspekter som er av relevans for problemstillingen i oppgaven, er pasientens rett til medvirkningen og informasjon og det etiske prinsippet om autonomi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3; Nordtvedt, 2021, s.122). Retten til medvirkning henger sammen med vårt samfunns demokratiske tankegang og prinsippene om å respektere andres menneskers integritet (Molven, 2019, s. 196). Jf. pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, har pasienten rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har også rett til å få den informasjonen som er nødvendig for at han eller hun kan få innsikt i helsesituasjonen sin og helsetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Ved nyoppstått diabetes mellitus type 2 vil pasienten ha behov for informasjon om sykdommen og aktuell behandling. Det er sykepleiers rolle og plikt å gi individualisert og tilpasset informasjon til pasienten (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52; Helsepersonelloven, 1999, § 10). Det står også nedfelt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 at sykepleieren må gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt å forsikre seg om at den gitte informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). I loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, §1-1) fremlegges det at kommunale tilbud skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, samt tilpasses den enkeltes behov. Den enkeltes pasients integritet og verdighet skal ivaretas (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). En frisklivssentral er et slikt kommunalt tilbud. En frisklivssentral skal arbeide helsefremmende og forebyggende gjennom opplysning, råd og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3).

Retten til medvirkning henger tett sammen med det etiske prinsippet om autonomi. Autonomi bygger på tanken om at mennesker er i stand til å ta rasjonelle avgjørelser overfor seg selv (Nordtvedt, 2021, s.122). Etter norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.6, skal sykepleier respektere pasientens rett til selv å foreta valg (Norsk sykepleierforbund, 2019) Sykepleier skal dermed respektere pasientens autonomi, selvstendighet og styrke han eller hennes selvbestemmelsesrett i behandlingen av DM2.

3 Metode

En metode er fremgangsmåten en bruker til å undersøke og innhente kunnskap som er egnet til å besvare en problemstilling (Dalland, 2018, s. 51). Denne oppgaven er en litterær oppgave som baseres på allerede eksisterende fag og forskningslitteratur (Dalland, 2018, s. 207).

All fag- og forskningslitteratur som vi har brukt i denne oppgave er søkt og hentet fra biblioteket ved Lovisenberg Diakonale høgskole. Vi skal på bakgrunn av den valgte litteraturen besvare vår problemstilling (Dalland, 2018, s. 209).

I denne delen beskriver vi søkeprosessen vår, valg av artikler og øvrig faglitteratur, samt foretar kritiske vurderinger og etiske overveielser. Det vil bli nevnt inklusjon og eksklusjonskriterier for litteratursøket og funnene fra valgt litteratur vil bli presentert i en artikkelmatrise.

3.1 Litteratur og søkehistorikk

Søkeprosessen startet med at vi først formulerte en problemstilling for oppgaven og lagde et PICO-skjema med emneord. For dette brukte vi skolens nettkurs i litteratursøk fra biblioteket som hjalp oss med å organisere systematisk litteratursøk. PICO-skjema var til hjelp med å identifisere emneord som var nyttig for litteratursøket vårt (Thidemann, 2020, s. 84).

Emneord ble oversatt til engelsk ved hjelp av ordboka «Mesh på norsk og engelsk» og «Google oversetter». Vi valgte å bruke databasen «Cinahl Complete» da dette er en database som inneholder sykepleiefaglig artikler (Helsebiblioteket.no) og er anbefalt av skolens bibliotek. Vi søkte med emneord som «Diabetes Mellitus Type 2», «Diabetic patients», «Motivational Interviewing», «Motivation», «Lifestyle changes» og «Behavioral changes». Disse ordene ble kombinert med boolske operatører «OR» og «AND» som eksempelvis «Diabetes Mellitus Type 2» OR «Diabetic patients» AND «Motivational interviewing» AND «Lifestyle changes» OR «Behavioral changes». Søket fra Cinahl ga oss ikke artikler som var aktuelle for vårt tema og problemstilling. Vi valgte derfor å søke på andre databaser som PubMed, Medline, SveMed+ og Google scholar. PubMed var den databasen som ga oss mest aktuelle treff i henhold til vår problemstilling, og vi endte derfor med å bruke den som hoved database.

I forhold til vår problemstilling har vi rettet fokuset mot å finne studier som belyser både sykepleier og pasientens perspektivet ved bruk av MI. Vi har derfor valgt å kun forholde oss til artikler som er av kvalitative metoder for å få en dybdeforståelse av pasienter og sykepleieres meninger, erfaringer og holdninger til MI-bruk. Vi har dermed inkludert emneord «Nurse experience» og kombinert dette med «Motivational interviewing» og «Lifestyle changes». Dette ga oss mer målrettede og presise treff som var aktuelle for problemstillingen. Artikkelen av Jansink et al., (2010) er funnet gjennom snowballing fra artikkelen til Östlund et al., (2015). Søkehistorikken og valgte artikler er skrevet ned i en oversikt tabell.

Tabell 1: Søkehistorikk

| Søkedato | søknr | Databas | Søkeord/ordkombinasjoner | Antal treff | Leste sammendrag | Leste artikler | Artikler inkludert | Valgte artikler |
|----------|-------|---------|---|-------------|------------------|----------------|--------------------|---|
| 02.12.21 | 1 | PubMed | (Diabetes Mellitus type 2 OR Diabetic Patients) AND Motivational Interviewing | 119 | 7 | 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> . |
| 13.12.21 | 2 | PubMed | Motivational interviewing AND Lifestyle changes AND Diabetic patients | 68 | 3 | 2 | 1 | Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014), <i>Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing : a qualitative study.</i> |
| 05.01.22 | 3 | PubMed | Motivational interviewing AND | 127 | 5 | 4 | 1 | Östlund, A.-S., Wadensten, |

| | | | | | | | | |
|----------|---|--------|---|----|---|---|---|--|
| | | | Lifestyle changes | | | | | B., Kristofferzon, M.-L. & Hågström, E. (2015), <i>Motivational interviewing : Experiences of primary care nurses trained in the method.</i> |
| 06.01.22 | 4 | | Snowballing fra Östlund et al., (2015) | | | | | Jansink R., Braspenning J., van der Weijden T., Elwyn G. & Grol R. (2010), <i>Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.</i> |
| 20.03.22 | 5 | PubMed | Motivational interviewing AND Lifestyle change AND Nurse experience | 12 | 2 | 1 | 1 | Brobeck, E., Bergh, H., Odenscrants, S., & Hildingh, C. (2011), <i>Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice.</i> |

3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

I litteratursøket valgte vi å inkludere artikler med noen inklusjon og eksklusjonskriterier for å tydeliggjøre og presisere søket. Når vi søkte artikler begrenset vi oss til å inkludere studier som var gjort etter år 2010 og ikke før, dette var for å finne nyere og mer oppdatert kunnskap. Vi har kvalitetssjekket alle artiklene våre og de er fagfellevurdert i register over

vitenskapelige publiseringskanaler. For at vi skulle finne artikler som var relevante for problemstillingen vår, har vi inkludert studier av kvalitative metode. Vi ønsket også bare å se på studier som var gjort i primærhelsetjenesten. Et annet inklusjonskriterier var at artiklene skulle omhandle livsstilsendringer. Et siste kriterium for litteratursøket var å forholde oss til studier som er gjort i vestlige land inkludert USA. Dette er fordi helsevesenet i disse landene sees på som overførbart til Norge. Vi har altså valgt bort artikler fra land utenom vesten og USA.

Tabell 2: Inklusjons

| |
|---|
| Inklusjonskriterier |
| Artikler som er fagfellevurdert |
| Artikler som er av kvalitative design <ul style="list-style-type: none"> • Sykepleierens Perspektiv • Pasientens Perspektiv |
| Artikler etter 2010 |
| Primærhelsetjenesten |
| Språk: Norsk, svensk og engelsk |
| Artikler fra Nordiske land og USA |
| Tematisere livsstilsendringer |

3.3 Øvrig faglitteratur

Faglitteraturen til denne oppgaven er funnet gjennom både faglitteratur fra tidligere emner i bachelorutdanningen, og gjennom skolebibliotekets søkemotor, Oria. Søkeord som ble brukt er “Diabetes” og “Motiverende Intervju” på avgrenset søk for å finne spesifikke bøker som omhandlet vår problemstilling. Bøkene vi har valgt fra tidligere emner er blant annet «Sykdom og behandling», «MI: motiverende samtaler - praktisk håndbok», «Klinisk sykepleie, bind 2» og «Kliniske kommunikasjon i sykepleie». Vi fikk veiledning fra bibliotekarer til å søke i Oria, og slik fant vi relevante bøker som «Motiverende samtaler: støtte til endring», «Diabetes forebygging, oppfølging og behandling» «Diabeteshåndboken» og «Grunnleggende sykepleie». Vi har hentet statistikker, retningslinjer og lovverk, henholdsvis fra «Folkehelseinstituttet», «Helsedirektoratet» og «Lovdata». Hovedbøkene vi har brukt i denne oppgaven er «Motiverende samtaler: støtte til endring» av Miller & Rollnick (2016), «Sykepleie ved Diabetes Mellitus» bokkapittel skrevet av Mosand & Stubberud

(2016) og «Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter med kroniske sykdommer» bokkapittel skrevet av Hestvold (2018).

3.4 Kildekritikk

I litteratursøking har vi først og fremst vurdert artikkelens tittel mot problemstillingen og det ble sjekket om tidsskriftet var fagfellevurdert. I tillegg har vi valgt artikler som følger IMRAD-struktur for vitenskapelig artikler som beskrevet i Nortvedt et al., (2021).

Når de overnevnte kriterier var oppfylt, valgte vi artikler av kvalitative design og vi leste i første omgang sammendrag for å vurdere relevansen av studiene i henhold til vår problemstillingen. I neste omgang leste vi resultatdelen grundig og gjennomførte en sjekklister for kvalitetsvurdering av valgte artikler etter CASP-modellen (Thidemann, 2020, s. 91).

Vi vurderer valgte artikler som troverdige fordi alle har et klart formulert mål for studien. Resultatene virker pålitelige med tanke på overførbarhet til praksis. Flere studier bruker intervju for å få frem sykepleieren og pasientperspektivet i forhold til MI noe som er vårt fokusområde for problemstilling. Vi tenker også at funnene har betydning for praksis fordi det i disse studiene er etterspurt erfaringer fra sykepleierne og pasientenes syn på MI som metode til livsstilsendringer. Erfaringer er altså viktig for å utøve en kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al, 2021, s. 86).

Studien til Dellasega et al., (2012) viser til ingen negative funn ved bruk av MI metoden. Her er det viktig å tenke at denne studien er basert på studien til Stuckey et al., (2009) hvor deltakerne fikk MI veiledning. Dellasega et al., (2012) har spurt de samme deltakerne om erfaringer de gjorde ved MI intervensjon. Her kan det dermed tenkes at det er kun de deltakerne som ble inkludert i studien som likte MI, mens de som hadde negative innvendinger om MI metoden valgte å ikke delta eller at de falt fra studien. Dermed kan vi ikke være sikre på at vi har fått med alle negative erfaringer ved MI. Dette sees på som en svakhet. Studien til Brobeck et al., (2011) handler ikke spesifikt om MI til pasienter med diabetes type 2, men om pasienter som har andre livsstilsrelaterte problemer. Vi mener dette ikke skal ha påvirkning på resultat da effekten av MI-metoden skal være det samme uansett livsstilsproblematikk. Vi har inkludert studien til Jansink et al., (2010) for å belyse svakheter ved standard praksis i diabetes 2 livsstilsveiledning, sett i forhold til MI-metoden.

Siden vi har valgt frisklivsentral som en base hvor vi møter pasientgruppen, omhandler ikke våre artikler konteksten frisklivsentral. Men alle studiene er utført ved primærhelsetjenesten og vi mener dermed at resultatene er overførbare til frisklivssentralen.

3.5 Etiske vurderinger i akademisk skriving

Oppgaven er skrevet i henhold til Lovisenberg Diakonale høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving, samt i referansestilen APA 7th. Oppgaven er skrevet objektivt hvor egne meninger ikke trekkes inn.

4 Resultater

Resultatene i studiene viser en felles forståelse om at motiverende intervju er en nyttig metode ved livsstilsendringer for diabetes mellitus type 2 pasienter, i primærhelsetjenesten. Samlet viser forskningen at MI forutsetter gode holdninger om partnerskap i forholdet mellom pasient og sykepleier. MI-samtalen muliggjør selvbestemmelse hos pasienten og fremmer sykepleierens empatiske evner. Begge parter må ha en felles interesse av å diskutere livsstilsendringer, for at MI skal oppleves som vellykket. Videre sier forskningen at en forutsetning et godt resultat er at informasjonen som tydelig kommer til nytte for pasienten, samt at pasienten føler seg støttet og trygg i MI-samtalen. Til sist viser de samlede resultatene at tidsbegrensninger kan skape utfordringer i forhold til MI-samtaler og at livsstilsveiledning med MI forutsetter at pasienten er motivert til å foreta endringer.

4.1.1 Artikkelmatrise

| Nr | Forfatter/årstall | Tittel | Tidsskrift | Hensikt | Metode | Funn |
|----|--|---|---|--|--|---|
| 1 | Cheryl Dellasega, Raquel M. Anel-Tiangco & Robert A. Gabbay (2012) | <i>How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing</i> | Diabetes Research and Clinical Practice | Finne ut hvordan pasienter med Diabetes type 2 responderer på bruk av motiverende intervju som metode til positive livsstilsendringer. | Studien har en kvalitativ metode. Respondentene er hentet fra en RCT-studie (Stuckey et al., 2009). Studien hadde 4 fokusgrupper bestående av 19 voksne pasienter med diabetes type 2 fikk MI-tilnærming av 3 sykepleier med opplæring i MI. | Pasienter er positive til MI-tilnærminger fremfor den tradisjonelle behandlingen som føltes patroniserende og dømmende. Mens MI-tilnærmingen var ikke dømmende, lyttende, oppmuntret og ga støtte til pasientene. MI bidro til samarbeid og veiledning. |
| 2 | Elisabeth Brobeck, Sigrid Odencrants, Håkon Bergh & Chatrine Hildingh (2014) | <i>Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a</i> | BMC Nursing | Beskrive hvordan pasienter i primærhelsetjenesten erfarer livsstil diskusjoner som baseres på MI. | Studien har et deskriptivt design og kvalitativ innholdsanalyse. Seksten pasienter som hver hadde besøkt en sertifisert sykepleier for å diskutere | MI-samtaler tilrettelegger for selvbestemmelse. Gjensidig interaksjon mellom sykepleier og pasient som ga pasienten en følelse av velvære og var en nødvendig |

| | | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|---|--|--|
| | | <i>qualitative study</i> | | | livsstilsendringer, ble intervjuet. | forutsetning for oppmuntring av livsstils endring. Nytenkning rundt livsstilsendring, samt pasientens egne initiativer dannet et godt grunnlag for endring. |
| 3 | Ann-Sofi Östlund, Barbro Wadensten, Marja-Leena Kristofferzon & Elisabeth Häggström (2015) | <i>Motivational interviewing: Experiences of primary care nurse trained in the method</i> | Nurse Education in Practice | Beskrive motiverende intervju utdannede sykepleieres erfaringer med motiverende intervju i primærhelsetjenesten. | En kvalitativ studie fra Sverige som består av 20 sykepleiere trent i MI hvor halvparten av de har brukt MI, mens andre halvparten ikke gjorde det. Studien er basert på en semistrukturert intervju samtale med deltakerne. | Sykepleiere erfarer at egen åpenhet til MI-metoden og et oppmuntrende arbeidsklima var nødvendig for å bruke MI. Sykepleier erfarer at MI fremkaller evner som bedrer arbeidet med pasienter som har behov for livsstilsendring. Mangel på opplæring, støtte og interesse er grunnen til MI ikke blir brukt. |
| 4 | Elisabeth Brobeck, Håkon Bergh, Sigrid Odencrats & Cathrine Hildingh (2011) | <i>Primary healthcare nurses experience with motivational interviewing in health promotion practice</i> | Journal of Clinical Nursing | Beskrive sykepleierens erfaringer med motiverende samtale som metode i et helsefremmende arbeid. | En kvalitativ studie, hvor 20 sykepleiere i primærhelsetjenesten som brukte MI aktiv i praksis, blir intervjuet. | MI er et nyttig redskap for sykepleiere som jobber helsefremmende i primærhelsetjenesten. Sykepleiers erfaringer viser at metoden er krevende, berikende, nyttig og som danner bevissthet og veiledning i pleieforholdet. |
| 5 | Renate Jansink, Jozé Braspenning, Trude van der Weijden, Glyn Elwyn & Richard Grol (2010) | <i>Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis</i> | BMC family practice | Hensikten er å få innsikt i barrierer sykepleierne møter på ved livsstils konsultasjoner på tre nivåer: Sykepleiers, pasients og i praksis. Funnene er ment å brukes til å utvikle en implementeringsstrategier til forbedring av | En kvalitativ studie, utført med semistrukturert dybdeintervju av sykepleierne. | Sykepleiere oppgir mangel på kunnskap om veiledning, egne holdninger og tidsbegrensninger som hindrer veiledning av livsstilsendringer. Sykepleierne følte også at mye av |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | livsstils endringer for pasienter med diabetes mellitu type 2 i allmenn praksis. | | barrierene for livsstilsendringer lå hos pasientene som manglet kunnskap om en sunn livsstil. De hadde ikke innsikt i egne vaner og lite motivasjon til å foreta og holde vedlike livsstilsendringer. |
|--|--|--|--|--|--|---|

5 Diskusjon

På bakgrunn av vår problemstilling og funnene i forskningsartiklene har vi valgt å drøfte sykepleierens holdninger, kunnskaper, informasjon, empatisk lytting, tid og motivasjon.

5.1 Holdninger

I følge Miller & Rollnick (2016, s. 42) er MI en samarbeidsbasert samtale. I studien til Dellasega et al., (2012, s. 40) erfarte pasientene at forholdet til sykepleieren som brukte MI var basert på partnerskap. De hadde forøvrig negative erfaringer fra standard behandling, hvor de følte seg som passive mottakere i samtalen mot den autoritære parten, som bestemte hvilke endringer de skulle gjøre. I motsetning erfarte de at partnerskapet med MI-sykepleieren som ressurs førte til at pasientene ble styrket til å sette realistiske mål i endringsarbeidet. Videre viste studien til Brobeck et al., (2014, s. 4) som brukte MI, at pasientene ikke følte seg alene med problemene sine, men at de ble støttet av sykepleierne. De følte i stor grad at de jobbet sammen med sykepleierne i å nå målene de hadde satt seg. Støtte fra sykepleierne ga pasientene lavere terskel for å snakke om livsstilsendringer (Brobeck et al., 2014, s. 4). Det kan tenkes at sykepleieren kan glemme å tenke på MI som et partnerskap, grunnet eksempelvis tidspress i veiledningen og en lang besøksliste på frisklivssentralen. Derimot har sykepleieren ansvar for å veilede den enkelte pasient i å mestre livsstilsendringer i DM2 (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Deretter er sykepleieren også forpliktet gjennom lovverket til å inkludere pasienter i deres behandling jf. pasient- og brukerrettighetsloven, (1999, § 3-1). Det kan tenkes at en forutsetning i MI samtalen kan være sykepleiers holdninger om det felles samarbeidet mot pasientens mål.

I sykepleiers veiledende funksjonen er det grunnleggende at det skapes en mellommenneskelig relasjon (Kristoffersen, 2016, s. 384). Forskningsresultater fra Brobeck et al., (2011, s. 3326) forteller at sykepleierne følte, at ved hjelp av MI-metoden ble pasientens tillit til dem etablert. Tilsvarende beskriver studien til Brobeck et al., (2014, s. 3) viktigheten av at relasjonen er bygget på tillit, som ble sett på som en nødvendighet for at pasienten kunne foreta livsstilsendring. Pasientene i den samme studien forteller at de kunne være mer åpne og ærlige dersom de hadde en tillitsfull relasjon til sin sykepleier (Brobeck et al, 2014, s. 3). Når vi ser på forskningen til Jansink et al., (2010, s. 4) fra standard behandling, ser vi hvordan sykepleierne følte at livsstilsrådgivning kunne ødelegge relasjonen de hadde med pasientene. Sykepleierne fra studien beskriver at de ikke likte å gi råd da de følte at rådene var av dømmende karakter. Dermed nølte sykepleierne i studien med å diskutere livsstilsendringer

med pasientene i fryktet for at de ikke skulle komme tilfredse tilbake til livsstilsveiledningen. Pasienter i studien til Dellasega et al., (2012, s. 40) kritiserte også standard livsstilsveiledning ved å beskrive denne praksisen som paternalistisk. I motsetning til MI-sykepleierne som veiledet og støttet pasientene, fremfor å kritisere dem. Det førte til at pasienten ble mer motiverte og tok ansvar for egenomsorg. Miller & Rollnick (2016, s. 42-43) understreker også betydningen av at sykepleieren respekterer, støtter og har en fordomsfri holdning overfor pasienten. Imidlertid kan det antas at frykten for å ødelegge et godt partnerskap med pasienter kan være tilstede hos sykepleiere ved en frisklivssentral. Det er her også relevant å stille spørsmålsteget om hva det kan gjøre med relasjonen dersom MI-samtalene blir ledet av ulike sykepleiere fra gang til gang. Dette blir ikke belyst av noen av hovedartikkelene, men derimot av Du Pon et al. (2019, s. 6) hvor pasienter fra en studie, som så på faktorer som kunne hjelpe eller hindre pasientdeltagelse. Pasientene i studien måtte omjustere seg for å bli kjent med en ny sykepleier i veiledningen. Dermed kan det til dels tenkes at grad av kontinuitet vil virke inn- og være med på at sykepleierne får et godt samarbeid med pasienten.

MI-samtalen er fundamentert på at sykepleieren møter pasienten med respekt for pasientens selvbestemmelse (Hestvold, 2018, s.145). Selvbestemmelse innebærer at pasienten har rett og frihet til å velge og styre over eget liv (Miller & Rollnick, 2016, s. 46). Pasienter påpeker betydningen av selvbestemmelse i veiledningen, dette kommer frem i studien til Dellasega et al., (2012, s. 40). Pasientene beskriver at de verdsatte å kunne ta egne avgjørelser. Dette motiverte pasientene for endring. Det samme understøttes av pasientene i studien til Brobeck et al., (2014, s. 3), der resultatene overordnet viser at sykepleierne i MI-samtalene ikke presset dem til endringer, men derimot bidro til pasientenes selvbestemmelse. I likhet med loven om pasient- og brukerrettigheter (1999, § 3-1) fremheves pasientens rett til medvirkning i helsetjenester. Pasientens rett til medvirkning gir sykepleieren plikt til å inkludere pasienten i beslutninger om egen behandling. Imidlertid beskriver sykepleierne fra studien til Jansink et al., (2010, s. 4) å oppleve at pasientene hadde manglende innsikt i deres egen livsstil og manglende kunnskap om hva som er en sunn livsstil. Sett i lyset av sykepleiernes erfaringer, kan det også tenkes at pasienter som oppsøker eller blir henvist til en frisklivssentral, vil ha varierende grad av innsikt i sin egen helsetilstand. Spørsmålet som vi da stiller oss er hvorvidt sykepleier evner å balansere mellom å la pasienten ha sin selvbestemmelse i spørsmålet rundt egen tolking av sunn livsstil- og den kunnskapen sykepleieren besitter. Det er i seg selv innlysende at pasienten skal ha muligheten til å ha selvbestemmelse, i følge det etiske prinsippet om autonomi, men er sykepleieren villig til å gi

slipp på egen overbevisning, og finne gode alternativer for den aktuelle pasienten. Det er svakhet at denne tematikken ikke er inkludert i noen av hovedstudiene.

På den ene siden må sykepleier på en frisklivssentral også forholde seg til yrkesetiske retningslinjer og dermed støtte opp under pasientens rett til å ta selvstendige valg (Norsk Sykepleierforbund 2019, punkt 2.6). På den andre siden beskriver studien til Jansink et al., (2010, s. 4.) at selv om sykepleierne ville involvere pasientene i å ta egne valg, endte det i praksis opp med at sykepleierne bare ga pasientene informasjon og enkle råd. I forskningen til Brobeck et al., (2011, s. 3325) kommer det frem at det var viktig at sykepleierne viste respekt for pasientenes valg. Det var viktig at pasientene ikke følte seg krenket eller hadde behov for å forsvare sine handlinger. Dette står også i tråd med den lovpålagte bestemmelsen om at på en frisklivssentral skal det tilrettelegges med respekt overfor den enkelte pasients verdighet og integritet (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1).

En av de grunnleggende aspekter ved MI som nevnt i avsnittet 2.3.1 er å være empatisk overfor pasienten, vise interesse og forstå pasientens eget perspektiv (Miller & Rollnick, 2016, s. 45). Studien til Jansink et al., (2010, s. 3) viser til at en barriere ved livsstilsveiledning til pasienter med DM2, var at sykepleierne manglet empati overfor pasientene. Manglende empati kom av at sykepleierne ikke forstod hvorfor pasientene kunne streve med endring av livsstil, når det ikke var en hindring for sykepleierne selv. MI utvikler sykepleierens empatiske evner (Östlund et al., 2015, s. 115). Det kan derfor tenkes at selv om sykepleieren ikke møter på utfordringer med endring av livsstil, vil MI-metoden hjelpe sykepleierne med å møte pasientene på en empatisk måte. Pasientene i studien til Dellasega et al., (2012, s. 39) forteller at de følte sykepleierne forsto hvilke utfordringer de gikk gjennom. Av den grunn, sier pasientene at de var mer mottakelige for innspill og råd fra sykepleierne som brukte MI. Fra studien til Brobeck et al., (2011, s. 3327) poengterer sykepleierne at de ikke kritiserte pasientene dersom livsstilsendringer ikke ble etterlevd, men derimot ønsket de pasientene alltid velkommen tilbake til livsstilsveiledning. Sykepleierne i denne studien viser forståelse for de ulike stadiene i endringsprosessen. Det kan tenkes at sykepleieren forsto at pasienten fremdeles var i overveielsesfasen, og dermed hadde gått for fort frem (Barth et al., 2013, s. 62). Sykepleieren viser empati for pasienten og de handlinger som er gjort, og inviter pasienten med åpne armer tilbake til veiledningen.

5.2 Kunnskaper

I studien til Jansink et al., (2010, s. 3) rapporterer sykepleiere at de mangler tilstrekkelig kunnskap om fysisk aktivitet, røykeslutt og kosthold. Videre påpeker sykepleierne at kostholdsveiledning er en ernæringsfysiologs ansvar. Det kommer også frem i samme studie at noen pasienter ikke ønsker å gå til en ernæringsfysiolog, dermed måtte sykepleieren likevel gi kostholdsråd til pasientene, uten tilstrekkelig kunnskap. Ansvarsfordelingen mellom en sykepleier og en ernæringsfysiolog kan muligens avklares, slik at pasienten på en frisklivssentral får den informasjon som pasienten har krav på. En forutsetning for livsstilsveiledning er imidlertid at sykepleier skal ha grunnleggende kunnskaper om kosthold som er anbefalt for DM2 pasienter (Mosand & Stubberud, 2016, s. 64). En av respondentene i studien til Dellasega et al., (2012, s. 40) forteller at en sykepleier sendte en e-post til pasienten med ulike brosjyrer og spurte om hvilke som var av interesse. Pasienten svarte med at det var behov for å få en oppfriskning i ernæring, og tok som følge av dette undervisningstimer i ernæring på det medisinske senteret. Dette understreker også betydningen av å gi valgmuligheter til pasientene.

Jansink et al., (2010, s. 3) viser i sin studie til at sykepleierne understreket utfordringene hos sykepleierne i livsstilsveiledning med pasientene, var at de manglet veiledningsferdigheter. De visste ikke hvordan de kunne utvikle konkrete planer i samarbeid med pasienten. De hadde også problemer med å tilpasse seg det stadiet av endringsprosessen pasienten befant seg i. Derimot viser studien til Brobeck et al., (2011, s. 3326) at ved å anvende MI fikk sykepleierne klarhet i hvilken helsefremmende rolle de hadde. Ved å bruke MI kunne de hjelpe pasientene til få øye på en god løsning selv, noe som studien viste var mer effektivt enn om sykepleieren bare presenterte samme løsning. Sykepleierne fremhever også at MI ga klarhet i endringsstrategier for pasienten (Brobeck et al., 2011, s. 3326).

5.3 Informasjon

Når en pasient blir diagnostisert med DM2, kan pasienten ha et stort informasjonsbehov. Pasienter kan da ha utfordringer med endring av livsstil, fordi de har lite symptomer. Dermed er det sykepleierens ansvar å tilrettelegge for undervisning, støtte og veiledning slik at de lettere kan mestre sin sykdom (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Östlund et al., (2015, s. 115) beskriver i sin studie at DM2 innebærer at mye informasjon blir gitt til pasienten. I henhold til samme studie kommer det frem at enkelte pasienter hadde høye forventninger om

å få råd og informasjon, som en del av MI-veiledningen. Pasientenes informasjonsbehov er i tillegg hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) som forplikter sykepleieren til å gi informasjon. Som sykepleier besitter én mye kunnskap om helse og sykdom (Hestvold, 2018, s. 151). Det faller naturlig for en sykepleier å ville dele av sin kunnskap når én møter pasienter som strever med å endre levevaner. Sykepleieren er forpliktet gjennom lovverket og yrkesetiske retningslinjer til å gi pasienter tilpasset og tilstrekkelig informasjon, samt å forsikre seg om at informasjonen er forstått (Helsepersonelloven, 1999, §10; Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 2.5).

Sykepleiere derimot syntes det var vanskelig å forene pasientens store behov for informasjon med MI (Östlund et al., 2015, s. 115). Som det belyses i avsnitt 2.3.2 kan sykepleierens informasjon føre til en motstand i samtalen dersom det ikke er utforsket om pasienten er mottakelig for informasjon (Hestvold, 2018, s. 151). Kommunale virksomheter som en frisklivssentral jobber helsefremmende og forebyggende ved å gi opplysninger, råd og veiledninger til pasienter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-3). I likhet påpeker Östlund et al. (2015, s. 115) i deres studie at sykepleier opplever at helsetjenester også krever at mye informasjon skal gis til pasienten. Dermed kan det antas at ønsket sykepleiere har om å ville dele av sin kunnskap som del av en MI-samtale, kan stå i motsetning til behovet for å gi informasjon på pasientens premisser.

5.4 Empatisk lytting

I studien Östlund et al., (2015, s. 115) kommer det frem at sykepleierne opplevde at MI-samtalene forsterket deres empatiske evner. Det å lytte aktivt til pasienten virket fremmende for videre åpen dialog med pasientene. Sykepleierne forteller at de innledet med å spørre om tillatelse før mer informasjon ble gitt til pasientene. Når vi ser til standard behandling beskriver studien til Jansink et al., (2010, s. 3) at sykepleierne hadde utfordringer i møte med pasienter. Sykepleierne la informasjonen for tidlig frem for pasienten, slik at pasientene ikke var tilbøyelige til å motta denne. Antageligvis opplevde pasientene i studien, informasjonen som en kritikk av sine levevaner, slik at informasjonen fikk motsatt virkning. Som vi ser i avsnittet 2.3.2 legger kommunikasjonsferdigheter i MI til rette for at pasientens informasjonsbehov blir dekket på tilstrekkelig vis. En forutsetning for MI kan derfor tenkes å være at det legges vekt på å anvende kommunikasjonsferdigheter som åpne spørsmål og

refleksjoner, slik at sykepleier kan utforske informasjonsbehov og deretter tilføre dette på en hensynsfull måte (Hestvold, 2018, s. 153).

I studien til Brobeck et al., (2014, s. 3) vises det til at pasientene kunne føle skam i tilknytning til livsstilsproblematikk. Enkelte pasienter synes det i tillegg var ubehagelig å snakke om problemene sine til andre. I studien kommer det frem at når sykepleierne viste empati motvirket det den skammen pasientene følte. Studien viste at pasientene følte at de kunne være ærlige og åpne med sykepleierne når denne barrieren var fjernet. Fra faglitteraturen ser vi at ved MI-samtaler er det hensiktsmessig at pasienten føler seg trygg nok, til å åpne opp for sine tanker og tidligere livserfaringer (Hestvold, 2018, s. 145).

I MI skaper sykepleier en mellommenneskelig atmosfære som bidrar til den tryggheten som nettopp pasienten trenger for å være åpen (Miller & Rollnick, 2016, s. 42). I henhold til MI-metodens grunnleggere bør sykepleier ønske det beste for pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s. 47). Ved å bruke kommunikasjonsferdigheten, bekreftelse, viser sykepleie interesse for pasienten og driver samtalen fremover (Hestvold, 2018, s. 145). Dette kommer frem i studien til Brobeck et al., (2014, s. 4) hvor en av pasientene forteller om betydningen av at sykepleieren forstår pasientens problemer og aksepterer dem. Videre forteller pasientene i studien at de nok hadde sluttet å delta i MI-samtalene dersom de hadde opplevd moraliserende prekener fra sykepleieren. Det kan i mange tilfeller da tenkes at det var bekreftelsene fra sykepleierne som var avgjørende for oppnåelse av livsstilsendringer.

I følge Hestvold (2018, s.146) fremmer empatisk lytting et ønske om å forstå pasienten. Studien til Brobeck et al., (2014, s. 3) fremhever viktigheten av at sykepleieren tar seg tid til å lytte til pasientenes problemer. Det gjør at pasienten føler seg sikre på at deres historier blir hørt og forstått. Det kommer også frem i studien til Brobeck et al., (2011, s. 3325) at sykepleierne måtte være oppmerksomme på pasientene for deres egne ønsker om endring og planer for å nå målet. I studien til Brobeck et al., (2014, s. 5) fremkommer det at pasientens selvbestemmelse og deres egne valg avgjør endringsprosessen. Studien påpeker videre at dersom pasienten erfarte livsstilsveiledning positivt kunne det bidra til endringer hos pasienten. Sykepleiere i studien til Brobeck et al., (2011, s. 3325) erfarer at livsstilsendringer er en lang prosess og det er viktig å ikke forhaste pasienten for endringer. Sykepleieren kan dermed ikke presse pasienter til å ta avgjørelser, men tvert imot vise forståelse og respekt for deres egne valg. Som det er nevnt i avsnittet om 2.5 vektlegges perspektive om å fremme

pasienten selvbestemmelse og rett til å forta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 2.6).

En annen studie fra standard praksis påpeker at sykepleierne stilte for høye krav til pasientens livsstilsendringer (Jansink et al., (2010, s. 3). De beskrev at sykepleiere lå et hestehode foran pasientene i å foreta endringer. Som det beskrives i avsnitt 2.3.3 er endringer en prosess som går i ulike faser. Det er derfor nødvendig at sykepleier søker å forstå hvilken fase av endringsprosessen pasienten er i, og tilpasser seg pasientens behov (Barth et al., 2013, s. 62). I studien til Brobeck et al., (2011, s. 3325) påpekes det at dersom pasienten befant seg i handlingsfasen av endringsprosessen kunne sykepleier lett bli for ivrig og "presse" pasienten til å ta avgjørelser som de ikke var klar til å foreta. Her er det derfor viktig at sykepleieren tar ett skritt tilbake i samtalen og lar pasienten selv ta avgjørelser i forhold til handlingstiltak. Det er kan antas at dette er nødvendig for at livsstilsendringene skal lykkes. Enkelte pasientene i studien til Brobeck et al., (2014, s. 4) beskriver derimot at det ikke var nødvendig med lange og kompliserte livsstils konsultasjoner, men det viktigste var at sykepleieren brydde seg om dem. Det kan dermed tenkes at en forutsetning for sykepleierne er å forstå pasientens særegne ønsker og hjelpe dem til å nå målene i dere eget tempo.

5.5 Tid

Endring av livsstil krever tid og motivasjon. Flere av studiene viser at en vanlig utfordring for sykepleiere er tidsbegrensninger i livsstilsveiledningen (Jansink et al., 2010, s. 3; Östlund et al., 2015, s. 115). I studien til Östlund et al., (2015, s. 115) følte sykepleierne at de ofte hadde for lite tid og for mange pasienter til å ordentlig foreta en MI-samtale. Sykepleierne oppgir at de ikke hadde nok tid til å praktisere og reflektere over MI-bruk. I studien til Jansink et al., (2010, s. 3) fremkommer det også at sykepleiere mistet oppmerksomheten til sine pasienter når de følte seg presset på tid. Dette funnet kan antas å være et universelt problem for sykepleiere. Basert på hva man hører i media fra sykepleiere er tid en etterlengtet ressurs i helsevesenet. Pasienters erfaring i Dellasega et al., (2012, s. 39) viste til at de ikke følte at de ble lyttet til i standard DM2-behandling. Imidlertid vises det i et eksempel at en pasient for første gang klarte å monitorere blodglukosen, fordi sykepleier tok seg tid til pasienten og oppdaget at lansetten var satt inn feil. I studien til Brobeck et al., (2011, s. 3325) påpekes det at tid er en utfordring for sykepleierne, men det er likevel grunnleggende å ikke forhaste pasienten til livsstilsendringer. Ikke desto mindre viser pasientenes erfaringer fra studien til

Brobeck et al., (2014, s. 3) at de ikke hadde behov for lange og kompliserte samtaler, men at det elementære var at sykepleieren var til stede og lyttet til dem. Vi kan stille oss kritisk til at sykepleiere ser på tid som en forutsetning for bruk av MI, når pasientene verdsetter høyere tilstedeværende og lyttende sykepleiere.

5.6 Motivasjon

En forutsetning sykepleierne ikke har råderett over, er pasienters motivasjon. Faglitteraturen påpeker at pasienters motivasjon for livsstilsendring er en utfordring som sykepleier kan møte i veiledningssituasjon (Mosand & Stubberud, 2016, s.52). Utfordringen ligger i om pasienten har et eget ønske om å endre livsstil. Denne problematikken peker Jansink et al., (2010, s. 4) på da sykepleierne i studien mener at enkelte pasienter mangler vilje til å foreta livsstilsendringer, grunnet en generell aversjon mot endring. I studien til Brobeck et al., (2014, s. 3) forteller enkelte pasienter at de forsto at egen motivasjon var avgjørende for å gjennomføre livsstilsendringer. Videre påpekte pasientene også at det var viktig for dem at sykepleieren forsto deres perspektiv og at ikke alle ønsket å foreta endringer på samme måte. Videre kom det frem at pasientene kunne miste motivasjonen for endring, dersom sykepleierne prøvde å overbevise dem med deres meninger. Som beskrevet i avsnitt 2.2 er ytre motivasjonsfaktorer ikke gunstige for en opprettholdelse av livsstilsendringer (Meland & Sandal, 2021). Det påpekes i en studien til Brobeck et al., (2014, s. 3) at sykepleieren måtte være engasjert i pasientenes problemer. Når sykepleier engasjerer seg har dette en positiv innvirkning på pasientens motivasjon. Som tidligere beskrevet i avsnitt 2.2, vil det være pasientens egne forslag til livsstilsendringer som vil være de mest varige og helsefremmende for pasienten (Barth, 2020, s 141). Dermed kan det tenkes at en forutsetning er at pasienter møter sykepleier med et ønske om å få hjelp til å foreta livsstilsendringer.

Det er tenkelig at når DM2 pasienter oppsøker en frisklivssentral, så er det fordi pasienten allerede har et ønske om endring. Dette vil som det påpekes i flere av hovedstudiene lette en endringsprosess (Brobeck et al., 2014; Brobeck, 2011; Östlund, 2015), fordi pasienten besitter indre motivasjon for endring. Man kan se for seg tilfeller hvor en pasient er henvist til en frisklivssentral, fra eksempelvis fastlegen, hvor det er fastlegen som ønsker at pasienten skal gjøre endringer av sin livsstil. I slike tilfeller vil det i følge noen av hovedartikkelene (Jansink, et al., 2010; Brobeck et al., 2014) kreve en større innsats for å oppnå varige livsstilsendringer. Imidlertid hevder studien til Brobeck et al., (2011, s. 3326) at selv om

pasienten ikke var interessert i å foreta en endring, startet det likevel en endringsprosess i pasienten, som senere kunne føre til endring. Som å så et lite frø. Det eneste gyldige målet med MI er at det resulterer i en positiv livsstilsendring, basert på pasientens indre motivasjon (Meland & Sandal, 2021). Det kan stilles spørsmål ved om pasientens autonomi blir ivaretatt, dersom pasienten ikke ønsker eller er motivert for endring. Dette resulterer også i at sykepleieren framstår som den autoritære parten, noe som igjen er stikk i strid med holdningssettet til MI (Hestvold, 2018, s.145).

I Jansink et al., (2010, s. 3) vises det til at sykepleierne hadde liten motivasjon til å gjenta livsstilsveiledning gang på gang, i tillegg til at de hadde liten tiltro til at pasientene skulle endre på livsstilen sin. Det kan dermed spekuleres i om sykepleiere har mulighet til å opprettholde MI-holdningssettet på en frisklivsentral, hvor man til én hver tid har mange pasienter som strever med livsstilsproblematikk. I studien til Östlund et al., (2015, s. 115) sier enkelte sykepleiere at de ikke likte metoden fordi det følte unaturlig og passet dem ikke. Mange av sykepleierne i studien til Brobeck, et al., (2011, s. 3325) mener derimot at det er en nødvendighet å selv være interessert i, og motivert for å bruke metoden. Sykepleierne klarte å motivere pasientene når de selv var motiverte. Studien beskriver at lengre erfaring som sykepleier og trening i MI gjør at sykepleierne både klarer å gi informasjon og utvikle pasientens motivasjon. En sykepleiere bør helst ha en genuin interesse og være motivert for å jobbe optimalt med MI.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært besvare følgende problemstilling: *Hva er forutsetningene for at motiverende intervju skal kunne bidra til livsstilsendringer hos pasienter med diabetes mellitus type 2?*

Oppsummert ser vi at det er visse aspekter som sykepleier har mulighet å påvirke, blant annet egne holdninger til metoden og til pasienten. Holdninger som partnerskap bør vektlegges fremfor paternalisme, i møte med pasienter med DM2. Vi har sett på sykepleiers kommunikasjonsferdigheter som en del av MI-samtalen. Empatisk lytting, åpne spørsmål, bekræftelser og refleksjoner. Dette kan skape tillit til sykepleier og utvikle egne tanker hos pasienten i retning av gjennomføring av livsstilsendring. Vi ser at motivasjon både hos pasient og sykepleier er et avgjørende suksesskriterium. Ideen om å bruke motiverende intervju ved en frisklivssentral virker veldig riktig. Ut i fra studiene vi har sett på, ser det ut til at sykepleieres veiledning vil bli gradvis bedre og bedre med trening i metoden. En trygg sykepleier vil lettere gjøre pasienten trygg og i stand til å foreta gode valg for egen helse. Vi forutsetter at sykepleier besitte grunnleggende kunnskaper om DM2-kosthold for å kunne gi pasienten informasjon som er hensiktsmessig for at pasienten oppnår en positiv livsstilsendring. Videre innebærer det at sykepleier gir informasjon til pasientene på en hensynsfull måte som pasienten kan dra nytte av på sin vei mot en livsstilsendring. Vi har merket oss flere utsagn i de undersøkte studiene, hvor det fremgår at god tid også er etterspurt, spesielt når enkelte pasienter ønsker at sykepleierne er lyttende og tilstedeværende i samtalen. Sykepleieren bør være fleksibel i forhold til pasientens eventuelle manglende vilje for å foreta en endring. Vi ser at sykepleierens oppgave er å påvirke pasienten til å forstå sitt eget helseproblem og finne egne løsninger tilpasset eget liv. Vi mener det kan være behov for mer forskning på sykepleieres bruk av MI ved frisklivssentral.

7 Referanseliste

- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: samtaler for endring*. Gyldendal akademisk.
- Barth, T. (2020). Motiverende intervju (MI) -samtaler om endring. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogikk metoder: Teori og praksis*. (s. 139-158) Gyldendal
- Brobeck, E., Berg, H. Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322-3330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing Nursing* 13(13), 1-7. <https://doi.org/10.1186/apa1472-6955-13-13>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.) Gyldendal akademisk.
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95(1), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011>
- Du Pon, E., Wildeboer, A. T., Dooren, A. A., Bilo, H. J. G., Kleefstra, N. & Dulman, S. (2019). Active participation of patients with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses- what helps and hinders: A qualitative study. *BMC Health Service Research*, 19(814), 1-11 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4572-5>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Gyldendal
- Folkehelseinstituttet. (2020, 13. november). *Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge*. FHI. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>
- Helsebiblioteket.no (u.å). *Alle databaser*. Hentet 5. januar 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- Helsedirektoratet (2016, 09. mars). *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 (2021, 16. mars). *Nasjonalt faglig retningslinje for diabetes*.

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

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

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

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

(LOV-2011-06-24-30) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

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

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

Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 20(23-24), 1-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>

Jensen, T. (2017). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s.387-398). Gyldendal akademisk

Johansen, C. B. & Mose, A. H. (2013). *Et bedre liv med diabetes -en psykologisk håndbog*. Dansk psykologisk forlag

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; Sykepleie-fag og funksjoner* (3. Utg. Bind 1, s.15-28) Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie; pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. Bind 3, s. 295-248) Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie; pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. Bind 3, s. 187-235) Gyldendal akademisk

Meland, E. & Sandal, G. B. (2021). Motivasjon og selvbestemmelse. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.20.1009. Hentet 5. jan. 2022 fra <https://tidsskriftet.no/2021/06/kronikk/motivasjon-og-selvbestemmelse>

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

Molven, O. (2019) *Helse og jus*. (9. utg.) Gyldendal

- Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., bind 2, s. 51-82). Gyldendal akademisk
- Norsk sykepleierforbund, (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I. D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, bind 1, s.17-37). Gyldendal akademisk
- Nordtvedt, P. (2021) *Omtanke: Innføring i sykepleie etikk*. (3. utg.). Gyldendal
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg). Cappelen damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling* (s. 19-73). Akribe.
- Stene, L. C. M & Gulseth, H. L. (2021, 31. mai). *Diabetes i Norge*. FHI.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Stuckey, H. L., Dellasega, C., Graber, N. J., Mauger, D. T., Lendel, I. & Gabbay, R.A. (2009) Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes, *Contemporary Clinical Trials*, 30(4), 366-374.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2009.03.002>
- Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (3.utg). Universitetsforlaget.
- Thorsby, P. M. (2014). Type 2-diabetes kan forebygges. I. S. Vaaler & T. Møinichen (Red.) *Diabeteshåndboken* (4.utg, s. 67-69). Gyldendal akademisk
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukervedvirkning*. Fagbokforlaget.
- Tonstad, S. (2004). Overvekt som sykdomsdisponerende faktor. I S. Vaaler, T. Møinichen & I. Grendstad (Red.), *Diabeteshåndboken* (s. 55-62). Gyldendal akademisk.
- Vaaler, S & Møinichen, T. (2014). Hvorfor får man diabetes?. I. S. Vaaler & T. Møinichen (Red.). *Diabeteshåndboken* (utg 4, s. 53-54). Gyldendal akademisk
- Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L. & Häggström, E. (2015). Motivational

interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111-118.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.005>.

VEDLEGG

PICO-skjema

| Patient/Problem | Intervention | Comparison | Outcome |
|---|---------------------------|----------------------|------------------------------|
| Diabetes mellitus type 2 | Motivational interviewing | Patient education | Lifestyle changes |
| Pasitiens with diabetes mellitus type 2 | MI | Educational function | Behavioral changes |
| Diabetic patients | Motivational conversation | | Healthy lifestyles |
| | Motivation | | Preventive nursing |
| | | | Preventive health care |
| | | | Preventing lifestyle disease |