



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 357

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7298

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 5

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Motivasjon til livsstilsendring hos
diabetes type 2 pasienter

Motivating healthy lifestyle changes in
type 2 diabetics

Kandidatnummer: 357

Sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24.05.19

Abstract

There are approximately 200 000 people living with diabetes type 2 in Norway. Even though recent research shows that the number of new cases has decreased, the possibility of developing the disease is greater than ever. The prosperity in Norway gives unlimited access to food, and at the same time the demands for physical activity through work and leisure are significantly reduced. Diabetes patients that have poorly regulated blood glucose levels are in risk of developing complications that amongst other things can lead to blindness, kidney failure and leg amputation. A part of the diabetes treatment is adequate physical activity and eating healthy. A lot of diabetes patients struggle with implementing this in their daily lifestyle, even though they are aware of the health benefit. Knowing this, the focus of this essay is a nurse's role in motivating diabetes type 2 patients to change their lifestyle. The essay is based on the story of Kari. A girl that has recently developed diabetes type 2 and has changed her lifestyle due to the diagnosis.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Diabetes mellitus type 2	2
Livsstilsendring hos diabetespasienten	3
Livskvalitet hos diabetespasienten	5
Å kunne se mennesket.....	6
Hvordan kommunisere med diabetespasienten	8
Å skape en god relasjon	10
Motivasjon.....	12
Andre motivasjonsmuligheter	14
Endringsprosessmodellen.....	18
Avsluttende tanker.....	20
Litteraturliste	21

Innledning

For en tid tilbake siden ble Kari utredet for ulike sykdommer fordi hun plutselig hadde begynt å skjele, uten at det var noen åpenbar grunn til dette. Hun måtte gjennom ulike tester og undersøkelser for å finne ut hva som kunne være årsaken. I hennes tilfelle fant de ikke årsaken til skjelingen, men de fant ut at Kari hadde en noe forhøyet langtids-blodglukose¹. Hun fikk beskjed fra sykehuset om å følge dette videre opp hos sin fastlege. Kari tenkte ikke mer over det høye blodsukkeret, da hun antok det var et engangstilfelle, og at hun var altfor ung for å få diabetes. Hun hadde heller ingen andre symptomer på sykdommen. Da hun møtte opp hos fastlegen noen uker senere, fikk hun beskjed om å måle blodglukose. Dette skulle hun gjøre i to uker. Etter bare et døgn med denne målingen var hun ganske fortvilet. Blodglukosen var forhøyet både fastende, og to timer etter måltid. Da det hadde gått to uker dro hun tilbake til legen. Legen konstaterte ut fra målingene hun hadde tatt, at hun hadde Diabetes Mellitus type 2. Kari hadde de siste årene ikke hatt en spesielt sunn livsstil. Hun hadde vært lite aktiv og spist mye usunn mat. Etter hun fikk diagnosen tok hun tak i problemene. Hun begynte å spise sunnere og gå turer hver dag, og det virket som diagnosen i seg selv motiverte henne til å endre livsstil.

I dette essayet tar jeg utgangspunkt i Karis historie da situasjonen kan knyttes opp mot det jeg vil belyse. Kari sin historie gjorde at jeg begynte å reflektere rundt emnet livsstilsendring og motivasjon i forbindelse med diabetes. Selv om Kari har klart å finne motivasjon til endring, er det ikke sikkert at alle i samme situasjon klarer det. På bakgrunn av dette, er hovedfokuset i essayet sykepleiers rolle i motivering til livsstilsendringer hos diabetes type 2 pasienter.

Dorothea Orems (2001, s. 147) egenomsorgsteori går ut på følgende: Når mennesker i noen tilfeller ikke klarer å gjøre de tingene som opprettholder eller fremmer deres liv, helse og velvære, er det sykepleiers ansvar å kompensere for denne svikten på en måte som gjør at personen kan gjenvinne disse evnene så mye som mulig. Denne teorien kan knyttes opp mot sykepleiers rolle i møte med mennesker med diabetes type 2. Når en person med diabetes ikke klarer å regulere sin blodglukose tilstrekkelig, kan det bli sykepleiers ansvar å hjelpe. Med det menes ikke bare å få blodglukosen regulert, men å hjelpe han² til å regulere den selv, og å

¹ Langtidsblodglukose er gjennomsnittverdien av blodsukkeret de siste 6-8 ukene (Diabetesforbundet, 2019).

² I dette essayet kommer pasienten til å omtales i hannkjønnsform, mens sykepleieren omtales i hokjønnsform.

mestre sin egen sykdom. Norsk Sykepleierforbund (u.å.) underbygger Orems teori og sier at «Sykepleiers særegne funksjon er: Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov».

Diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus type 2 har årsak i at det har forekommet en delvis ødeleggelse av betacellevevet i pankreas, hvor det produseres insulin³. Ved denne diabetestypen produserer alfacellene i de lagerhanske øyer i tillegg for mye glukagon⁴, noe som medfører at leveren produserer for mye glukose og blodets glukoseinnhold stiger. Den høye blodglukosen, og dermed utviklingen av diabetes type 2, skyldes altså en kombinasjon av underskudd av insulin og et overskudd av glukagon (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 393-394).

Hos pasienter med nyoppdaget type 2 er et bedre tilpasset kosthold og økt fysisk aktivitet ofte godt nok for å oppnå ønsket regulering av blodglukosen. Dette kan være den eneste behandlingsformen de første månedene eller årene av sykdommen, men dette er individuelt. Dersom disse endringene ikke resulterer i tilfredsstillende regulert blodglukose i løpet av de første tre månedene etter at diagnosen er stilt, blir det nødvendig å behandle med perorale antidiabetiske legemidler. Disse skal bidra til å senke blodglukosen ytterligere. Har man hatt diabetes type 2 i over 10 år er det ikke uvanlig å måtte begynne med insulininjeksjoner. Ubehandlet, eller dårlig regulert diabetes mellitus (gjelder begge typene), kan medføre alvorlige senkomplikasjoner som kalles mikro- og makrovaskulære komplikasjoner. De mikrovaskulære komplikasjonene kan forårsake retinopati – som kan føre til blindhet, nefropati – som kan føre til nyresykdom, og nevropati – som kan medføre at pasienten må amputere beina. Mikrovaskulære komplikasjoner kommer av forandringer i kapillærene som forsyner øynene, nyrene og nervetrådene til beina, med blod. De makrovaskulære komplikasjonene kommer av forandringer i de større arteriene, som forsyner hjertet og hjernen med blod. Disse forandringene kan medføre at pasienten får hjerteinfarkt eller hjerneslag (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 395-397).

³ Insulin er et hormon som senker blodets glukoseinnhold (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s.388).

⁴ Glukagon er et hormon som er med på å øke blodets glukoseinnhold (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s.388).

Diabetes type 2 er ofte arvelig. Dersom man har sykdommen i familien og i tillegg er overvektig og eldre enn 40 år er det stor risiko for å utvikle sykdommen (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 395). Fra 2009-2014 var det nedgang i antall nye tilfeller av diabetes type 2 i Norge. Antallet personer som levde med diabetes type 2 hadde på samme tid økt. Dette gjelder diabetes type 2 som blir behandlet både med og uten medikamenter. Grunnen til økningen i antall personer som lever med diabetes type 2 i Norge har trolig sammenheng med økende befolkning og økt levealder. Årsaker til nedgangen i antall nye tilfeller har ikke blitt undersøkt, men man kan regne med at det har sammenheng med endringer i levevaner og/eller nye diagnosekriterier (Ruiz et al., 2018, s. 2313 og s. 2315). Uavhengig av om forekomsten av sykdommen har økt eller ikke er det ca. 200 000 personer som lever med diabetes type 2 i Norge i dag. Dette er ikke medregnet de som lever med sykdommen uten å ha fått diagnosen (Diabetesforbundet, 2018). Et så høyt tall bør understreke at man som sykepleier bør ha kunnskap om denne sykdommen, og hvordan man best mulig kan være en støtte for diabetespasientene som bør legge om livsstilen.

På Høgskulen på Vestlandet finnes det en diabetes forskergruppe som kaller seg DiaBEST, med Marit Graue som forskergruppeleder. De forsker på utvikling, implementering og effekt av ulike tiltak. Et av målene er å få økt kunnskap om hvordan mennesker med diabetes opplever sin hverdag og løser ulike behandlingsutfordringer. Ved hjelp av blant annet befolkningsbaserte studier fremkommer det ny kunnskap om utviklingen av sykdommen, sykdomsbyrden og belastningen sykdommen har på livskvalitet og forebyggende tiltak (Høgskulen på Vestlandet, 2014).

Livsstilsendring hos diabetespasienten

Mennesker må pleie og ivareta sin egen helse for å opprettholde sin fysiske og psykiske funksjon. Egenomsorgssvikt oppstår når det er en mangel mellom hva et menneske bør gjøre og hva han klarer eller vil gjøre (Orem, 2001, s. 53 og s. 143). Som nevnt tidligere har antall nye tilfeller diabetes type 2 i Norge blitt redusert. Likevel er muligheten for å utvikle sykdommen større enn noen gang. Velstanden i Norge gir tilgang til en overflod av mat, samtidig som kravene til fysisk aktivitet gjennom arbeidsliv og fritid er betydelig redusert. Flere av de vanligste helseplagene i Norge i dag, herunder diabetes type 2, skyldes helt eller delvis våre egne levevaner (Prescott & Børtveit, 2011, s. 13 og s. 20).

Når en diabetespasient blir rådet til å endre livsstil, er hovedfokuset, utenom eventuell medisiner, å sørge for tilstrekkelig aktivitet og å spise anbefalt kost. Det høres overkommelig ut, men hva er egentlig anbefalt kost? Hva tilsvarer tilstrekkelig aktivitet? Når en pasient skal endre sine vaner er det nødvendig med støtte og veiledning for å finne ut hva han gjør bra og hva som bør endres. Det er avgjørende at pasienten selv ønsker endringene (Knutstad, 2013, s. 628). I dag anbefales diabetespasienter det samme kostholdet som personer uten diabetes. Disse anbefalingene er blant annet å spise langsomme karbohydrater, mer umettet enn mettet fett, rikelig med fiber, mindre salt og mindre sukker (Knutstad, 2013, s. 626-627). Fysisk aktivitet er også viktig i behandlingen hos personer med diabetes type 2 (Pedersen & Saltin, referert i Knutstad, 2013, s. 632). Aktivitet kan blant annet redusere blodglukosen, gi insulinet bedre effekt, forebygge hjerte- og karsykdommer og senke blodtrykket (Knutstad, 2013, s.632-633). Det anbefales å mosjonere moderat i minimum 30 minutter hver dag. Det kan bli nødvendig å hjelpe pasienten til å planlegge aktiviteter og lage et tilpasset treningsopplegg (Helsedirektoratet, 2016, s. 24 og s. 28).

Mange diabetespasienter sliter med å følge rådene om mosjon og kost, selv om de er klar over helsegevinsten det gir (Knutstad, 2013, s. 631 og s. 633). Årsakene er mange. Kostrådene kan være utfordrende på grunn av en urealistisk oppfatning av hva det vil si å spise sunt, det finnes for mange fristelser, stress i dagliglivet, familien samarbeider ikke, eller at det tar for lang tid (Polonsky, 2002, s. 60-63). Å følge rådene for mosjon kan oppleves problematisk fordi det kan være kjedelig, vanskelig å få tid til det, redsel for få føling⁵, at man ikke har noen å trene sammen med, at man synes man er for gammel eller for tykk til å mosjonere, eller at man sliter med å holde det gående når man først er kommet i gang (Polonsky, 2002, s.121-125). På bakgrunn av at mange diabetespasienter sliter med å følge råd om endringer i levevaner, er det aktuelt for sykepleier å prøve å motivere dem.

En kvalitativ studie utført av Oftedal, Karlsen og Bru (2010 a, s. 2548-2551) hadde som mål å se sammenhengen mellom livsverdier og hvordan disse verdiene kunne ha en påvirkning på egenreguleringen av blodglukosen, hos pasienter med diabetes type 2. Resultatene fra studien viste at der var en sammenheng. Personene som syntes det å bevare helsen var viktig, gjorde tiltak for å ha en god regulert blodglukose. Andre igjen satte kroppslig velvære høyt. For noen

⁵ Føling er en betegnelse på når blodglukosen er for lav (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s.391).

betydde dette å spise salat, mens for andre betydde det å heller ta heis enn å gå i trapper, for å unngå muskelsmerter. En annen kvalitativ studie, utført av de samme forfatterne, viser hvordan voksne med diabetes type 2 oppfatter forskjellige former for støtte fra helsearbeidere og hvordan ulike former støtte kan ha innflytelse på menneskers motivasjon til å regulere sin egen diabetessykdom. De ulike formene for støtte som ble undersøkt var empati, å gi praktisk informasjon og råd, involvering i avgjørelser, presis og individualisert informasjon, og gruppebasert støtte. Forfatterne fant at helsepersonell kunne påvirke pasientenes forventninger til egen evne til å regulere sin blodglukose, ved å blant annet være empatisk og vise individualisert støtte (Oftedal, Karlsen & Bru, 2010 b, s. 1502-1507). Ut ifra funnene i disse studiene kan man anta at hvordan man tenker og ens personlighet spiller en rolle i hvorvidt man klarer å endre livsstil. I tillegg til hvilken sykepleier pasienten må forholde seg til, og hennes kunnskap om hvordan hun kan påvirke pasienten til å regulere sin blodglukose på en god måte.

Livskvalitet hos diabetespasienten

Livskvalitet er et menneskes personlige opplevelse av å ha det godt. I denne sammenheng er helse og funksjonsnivå viktig, men likevel ikke nødvendig eller avgjørende for å ha god livskvalitet (Fjørtoft, 2012, s. 59). Personer med diabetes kan altså ha en god livskvalitet til tross for sykdommen. Men spørsmålet er om de faktisk har det. Resultatene fra en norsk studie viste at voksne med diabetes type 1 og voksne med diabetes type 2 begge rapporterte redusert psykisk velvære. Forekomsten var dessuten høyere hos de med diabetes type 2. Symptomer på angst var ca. tre ganger vanligere hos voksne med diabetes, sammenlignet med den resterende befolkningen. I tillegg var også angstsymptomene vanligere hos de med diabetes type 2, kontra type 1 (Karlsen, Bru & Hanestad, 2002, s. 468-471). Angst kan være plagsomt og gå utover livskvaliteten (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 442).

Flere forskningsrapporter viser at det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet og redusert angst (Helsedirektoratet, 2015, s. 220-221). Fysisk aktivitet er altså ikke bare bra for kroppens fysiske funksjon, men også bra for livskvaliteten. Dette stemmer godt med Karis situasjon. Hun sier hun opplever økt livskvalitet på grunn av vektreduksjon som følge av økt fysisk aktivitet. Samtidig er hun mer takknemlig for å være frisk i hverdagen, når hun nå vet at det ikke nødvendigvis er en selvfølge. På tross av dette har hun likevel flere bekymringer nå enn

hun hadde før hun fikk diagnosen, som frykt for hypoglykemi eller å få sår på føttene. Frykt for hypoglykemi kan redusere livskvalitet (Shi, Shao, Zhao & Thomas, 2014, s. 3; Strandberg et al, 2017, s. 17). Man kan altså ikke utelukke redusert livskvalitet selv om pasienten er i fysisk aktivitet.

Mestring kan også påvirke livskvaliteten (folkehelseinstituttet, 2014). Dette er enda en grunn til at god glukosekontroll er viktig. Å mestre dette kan altså bidra til økt livskvalitet, i tillegg til at man kan unngå senkomplikasjoner. En vest-europeisk studie hadde som hensikt å vurdere hvordan diabetessykdommen hadde innvirkning på pasientene. Studien konkluderte med at livskvaliteten ble redusert etter hvert som sykdommen utviklet seg (Koopmanschap, 2002, s. 21). Dersom dette er tilfelle også i Norge, blir det enda viktigere å fokusere på mestring hos pasientene, for at de skal oppnå best mulig livskvalitet på tross av sykdomsutviklingen. Mestring kan dessuten settes i sammenheng med motivasjon noe som blir belyst senere i oppgaven.

I dag brukes skjemaer som PROM (pasientrapporterte målinger) i økende grad. Dette spørreskjemaet skal være en hjelp i kartleggingen av hvordan det er å leve med en sykdom. Ved hjelp av PROM kartlegges pasientens psykososiale og følelsesmessige utfordringer i hverdagen. Målet med dette er å kunne identifisere problemområder og forebygge negative behandlingsresultat. Spørsmålene tar utgangspunkt i utfordringer mange diabetespasienter kan kjenne på. For eksempel frykt for hypoglykemi, frykt for senkomplikasjoner, overveldende behandlingskrav og manglende støtte fra venner og pårørende (Diabetesforbundet, 2018). At sykepleiere er klar over hjelpemidler som dette, kan gjøre det enklere å kartlegge pasientens livskvalitet, og de kan dermed ha bedre forutsetninger for å kunne forstå pasientens situasjon, og vite på hvilke områder pasienten trenger hjelp.

Å kunne se mennesket

Da jeg var i praksis på medisinsk poliklinikk i forbindelse med bacheloroppgaven, fikk jeg observere pasienter som var hos diabetessykepleier for å kontrollere sykdommen sin. Noen ganger fikk jeg anledning til å snakke litt med dem. En pasient fortalte meg at det som motiverte ham til å ta sykdommen på alvor var redselen for å dø. En annen fortalte at hun

hadde blitt vettskremt av informasjonsbrosjyrene hun hadde fått om senkomplikasjoner, men at det ikke hadde motivert henne i det hele tatt. Tvert imot, hun hadde blitt så skremt at hun hadde begynt å trøstespise. Dette er et godt eksempel på hvor ulikt mennesker kan reagere på samme beskjed. Den ene forstår alvoret og følger opp sin sykdom deretter, mens den andre blir så fortvilet at beskjeder om sykdommens komplikasjoner fungerer mot sin hensikt. Andre igjen kan se både positivt og negativt på diagnosen sin. Positivt fordi man har fått diagnosen såpass tidlig at man kan prøve å forhindre senkomplikasjoner. Negativt fordi man må passe bedre på hva man spiser (Low, Tong & Low, 2014, s. 5). Som sykepleier må man altså huske å se mennesket bak sykdommen, og ikke bare sykdommen. Travelbee (1996, s.135) mener at en av sykepleiers oppgaver er å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ. Jeg opplevde at diabetessykepleieren jeg fulgte gjorde dette. Hun kunne ha brukt samme fremgangsmåte for å fortelle det samme til alle pasientene sine for å spare tid. Likevel valgte hun å bruke ulike tilnæringsmåter overfor de ulike pasientene. Hun gjorde dette fordi hun forstod at pasientene var unike mennesker, som lærte på ulike måter. I en travel hverdag kan jeg tenke meg at det er fristende å ta snarveier for å spare tid. Jeg tror likevel at sykepleier, og ikke minst pasienten, får mye igjen når sykepleier tar seg tid til å erkjenne at mennesker er individer med ulike behov. Suhonen, Välimäki og Leino-Kilpi (2004, s. 291) fant i sin forskning at individualisert sykepleie er et viktig element i kvalitetssykepleie, og kan gjøre det enklere å oppnå tilfredshet og bedre helse relatert livskvalitet hos pasientene.

Å kartlegge pasientens tidligere erfaring med sykdommen er viktig. Dersom pasienten kjenner noen som har fått alvorlige komplikasjoner av sykdommen, kan det å få diagnosen selv oppleves som en større trussel enn om pasienten ikke hadde hatt noe kjennskap til sykdommen tidligere (Knutstad, 2013, s. 647). Dersom en pasient kjenner noen med diabetes som har blitt blind som følge av retinopati, kan dette gjøre at han blir skremt og unødvendig stresset over tanken på å måtte oppleve dette selv. Årsaken til mine tanker rundt dette er at Kari fortalte at hun kjente noen som hadde måttet amputere begge beina som en konsekvens av dårlig regulert diabetes. Det at hun kunne ende opp med samme skjebne skremte henne. Å gå rundt med slike tanker kan bli en påkjenning for pasienten, og man vet at personer med kroniske sykdommer har økt risiko for å utvikle angst og depresjon (Knutstad, 2013, s. 649). Påkjenningen kan også ha innvirkning fysisk, siden stress i noen tilfeller kan medføre økt blodglukose (Diabetesforbundet, 2018). Sykepleier bør altså snakke med pasienten om hans bekymringer, slik han ikke bekymrer seg unødig.

Hvordan kommunisere med diabetespasienten

Det er viktig å gi rom for at pasienten kan åpne opp om sine følelser, om han ønsker det. Dette kan gjøre det enklere for sykepleier å bli kjent med pasienten, og dermed gi han bedre eller mer effektiv hjelp. Dessuten er det å la pasienten snakke om sine følelser med på å hjelpe han til å sette ord på tanker om egen situasjon, og på den måten skape en base for mestring, motivasjon og valg for fremtiden (Eide & Eide, 2007, s. 49).

Når en pasient har fått diagnosen Diabetes mellitus type 2, må pasienten få informasjon om sykdommen og behandlingsmulighetene. En utforskende studie gjennomført av Macdonald et al. (2013) om sykepleier og pasientkommunikasjon viser at innledende konsultasjoner med sykepleiere ofte inkluderte omfattende sjekklister, fysisk undersøkelse og henvisninger til annet helsepersonell. De aktuelle konsultasjonene ble drevet mer av sykepleiers kliniske agenda enn av hva pasienten selv ønsket å vite. Videre viser studien at protokoller og sjekklister både hjelper og hindrer kommunikasjonsprosessen. Selv om de administrative målene ble nådd, følte ikke pasientene at deres egne prioriteringer ble møtt. Både sykepleiere og pasienter rapporterte en følelse av å være overveldet på grunn av den store mengden av informasjonsutveksling og at sykepleier og pasient hadde ulike forventninger til møtet (s. 4-8). Noe som kanskje kunne ha hjulpet i en slik situasjon kan være at både sykepleier og pasient presenterer sine forventninger til hverandre. Dette kan være et tiltak for å hindre misforståelser. Ifølge Eide og Eide (2007, s. 254) må sykepleier i møte med pasienten presentere hva rammene for samtalen er. Å forklare hva møtet i hovedsak skal handle om gjør at pasienten får mulighet til å spørre om det som oppleves som uklart.

Noe annet sykepleier må huske på i møte med diabetespasienten er pasientens kunnskapsnivå. Får pasienten nok kunnskap og tilstrekkelig veiledning i møtene? I denne sammenhengen er «health literacy» et viktig stikkord. «...‘health literacy’ refers to the personal, cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand, and use information to promote and maintain good health» (Nutbeam, 2000, s. 261-263). Med andre ord handler det om forutsetningene man har for å kunne fremme og ivareta god helse. Man kan dele health literacy inn i tre undergrupper: functional health literacy, interactive health literacy og critical health literacy. Førstnevnte handler om lese- og skriveferdigheter, og grunnleggende kroppskunnskap. Dette er nødvendig for å følge anbefalte helseråd. Interactive

health literacy handler om ferdigheter innenfor kommunikasjon og samhandling. Dette er nødvendig for å kunne samarbeide med helsepersonell, og på den måten ivareta egen helse. Sistnevnte handler om kritisk tenkning og vurdering av helseinformasjon, og å kunne handle ut fra informasjon, for å bedre helsen (Nutbeam, referert i Finbråten & Pettersen, 2012, s. 47). Health literacy har altså sammenheng med hvor god forutsetning pasienten har for å forstå informasjon, og handle ut fra denne informasjonen. Jeg mener at sykepleier ut ifra dette bør kartlegge pasienters health literacy, slik hun vet hva kunnskapsnivå pasienten har og dermed kan tilpasse møtene slik han får mer ut av dem. Informasjonsmateriell regnet for diabetespasienter er ofte lagt på et høyere health literacy nivå enn pasienten er på (Ishikawa & Yano, referert i Jenum & Pettersen, 2014, s. 275). Misforståelser fra pasientens side kan true kvaliteten og ikke minst sikkerheten på pasientbehandlingen (Dy & Purnell, referert i Jenum & Pettersen, 2014, s. 275). Pasienten drar nytte av at sykepleier bruker enkelt språk under møtene, stiller kontrollspørsmål og i tillegg bruker illustrasjonsmateriell. En slik tilnærming forutsetter at health literacy er kartlagt på forhånd, noe som trolig ikke skjer i norsk helsevesen grunnet manglende kartleggingsverktøy. Selv om forenklet informasjonsteknikker kan bidra til økt kunnskap og innsikt i sykdommen, viser ikke dette øking i ønsket atferdsendring hos diabetespasienter (Kandula et al. referert i Jenum og Pettersen, 2014, s. 275). I en norsk studie gjennomført av Finbråten og Pettersen (2012, s. 50) fant de at diabetespasienters critical health literacy var lavere enn de to andre gruppene health literacy. Det var altså vanskeligere for diabetespasientene som var med i denne studien å håndtere sin sykdom helt selvstendig.

I tillegg til å kunne tilpasse informasjon er det viktig å kunne lytte aktivt og å ha samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. God kommunikasjon skal være anerkjennende, skape trygghet, etablere tillit, og formidle informasjon på en slik måte at det løser problemer, og ikke minst bidrar til at pasienten mestrer sin situasjon så godt som mulig (Eide & Eide, 2007, s. 20; Tveiten, 2008, s. 96). Kari fortalte meg at hun opplevde at hennes fastlege ikke tok bekymringene hennes om diabetesen på alvor. Hun sa at responsen på alt hun lurte på var «vi får se». Det hun hadde lært om sykdommen hadde hun selv måttet finne på internett, noe som er lite gunstig da ikke alle kilder på internett er like pålitelige. Til slutt krevde Kari selv å bli henvist til diabetesykepleier. Dette er et klassisk eksempel på dårlig kommunikasjon og manglende oppfølging fra legen sin side. Her har kommunikasjonen mellom pasient og lege sviktet og resultert i usikkerhet hos pasienten. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere,

skal sykepleier understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Leger har lignende retningslinjer å følge (Den norske legeforening, 2015). Når Karis lege ikke tar henne på alvor og ikke gir henne svar på hennes bekymringer, følger ikke denne legen de anbefalte retningslinjene. Selv om det i dette tilfellet var en lege som ikke opptrådte som anbefalt, kan sykepleiere ta lærdom av dette, og følge opp egne retningslinjer i møte med pasienter.

I tillegg til å ha kunnskap om hva man skal si og hvordan man skal si det, må sykepleier også være bevisst kroppsspråket sitt, altså det man uttrykker nonverbalt. Etter en lang dag på jobb kan man sikkert være fristet til å bare si det som er nødvendig, og ikke tenke så mye over om man virker troverdig i måten man formidler budskapet på. Dette kalles inkongruens. Ved inkongruens oppstår det konflikt mellom det verbale og nonverbale (Eide & Eide, 2007, s. 199). En sykepleier kan for eksempel sitte å si til en pasient: «vi har god tid, bare fortell meg hva som bekymrer deg», mens hun er urolig og ser på klokken. I dette tilfellet er det tydelig inkongruens. Dette inngir ikke tillit, og det gjør det vanskelig for pasienten å stole på hva sykepleieren uttrykker verbalt, fordi det står i tydelig kontrast med det som uttrykkes nonverbalt. Inkongruent kommunikasjon vil altså kunne skape utrygghet og mistillit hos pasienten, og på denne måten vanskeliggjøre relasjonsarbeidet (Eide & Eide, 2007, s. 200).

Å skape en god relasjon

Å skape en god relasjon er viktig i ethvert forhold til pasienter, og spesielt med tanke på at relasjonen mellom sykepleier og pasient kan bli avgjørende for behandlingsresultatet (Eide & Eide, 2007, s. 140). Bærebjelken i alle relasjoner er tillit. Man bygger tillit ved gjentatte tillitsvekkende handlinger. Dersom pasienten opplever forholdet mellom seg selv og sin sykepleier som positivt, kan tillit bli et resultat av den regelmessige kontakten dem imellom. Man får tillit til personer som viser kunnskap og oppfattes som trygge. Disse menneskene er omsorgsfulle, de har mye kunnskap og de kan innrømme sine mangler (Spurkeland, 2014, s. 35-36 og s. 40). Kari hadde, som tidligere nevnt, ikke spesielt gode opplevelser hos sin fastlege, som hun følte ikke kunne, eller ville svare på hennes spørsmål. Da hun opplevde at legen ikke tok hennes bekymringer på alvor, medførte dette at tillit ikke ble etablert. Kari valgte derfor å bytte fastlege. Hun ble derimot positivt overrasket i møte med diabetessykepleier. Ifølge Kari virket diabetessykepleieren rolig, forklarte ting på en grundig

måte, uten å overøse henne med informasjon. Ikke minst lyttet hun til det Kari hadde å si. Slik opplevde Kari å bli tatt på alvor, som resulterte i at hun fikk tillit til sin diabetessykepleier.

Det kreves mer enn et kort møte for at pasienten skal åpne seg og meddele sine problemer (Mugerauer, referert i Uhrenfeldt, Sørensen, Bahnsen & Pedersen, 2018, s. 3202-3203). Enkle huskereglar når det kommer til relasjonsbygging er å være høflig og vennlig. Det er også nødvendig å ha satt seg godt inn i pasientens situasjon, slik han kan få en følelse av at sykepleier har forberedt og interessert seg. Det kan medføre at tilliten styrkes. At to personer i møte med hverandre, begge har evne til å snakke, høre, være stille og/eller tenke høyt sammen, er grunnlaget for relasjoner som er bygget gjennom dialog (Galvin & Todres, referert i Uhrenfeldt et al., 2018, s. 3203).

Empati er et av kjerneelementene i en god relasjon. «Empati betyr å oppfatte mest mulig presist den andres subjektive verden med dens emosjonelle komponenter og meninger, som om man var den andre personen» (Hummelvoll, 2010, s. 383). Empati er viktig i utviklingen av tillit og er en grunnleggende kvalitet i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient (Williams & Stickle, 2010, s. 752). Dersom man som pasient opplever at sykepleier ikke er empatisk, vil pasienten kunne føle at han ikke blir forstått. Sykepleier må ha kunnskap om relasjonsbygging og bruke denne til å bygge en god relasjon, dersom hun på best mulig måte skal kunne hjelpe sin pasient. Ifølge Reynolds & Scott (2000, s. 232) kan mangel på empati fra sykepleiere bety at pasienter som trenger å bli forstått, ikke blir forstått. Sykepleier kan dermed mislykkes i å gi pasienten nødvendig informasjon, og mislykkes i å gi emosjonell støtte. Dette kan i noen tilfeller medføre forverring av pasientens sykdomstilstand, noe som trolig kunne vært unngått om sykepleier hadde vært empatisk.

Når sykepleier og pasient møtes, må sykepleier også være klar over maktforholdet mellom dem. Det er sykepleieren som har fagkunnskapen, og dermed er det hun som har makten i forholdet. Når den ene i en relasjon har makten blir forholdet asymmetrisk. Sykepleier må være klar over dette, slik at hun kan prøve å utjevne asymmetrien, ved blant annet å ha fokus på brukermedvirkning (Grov & Holter, 2015, s. 900). Brukermedvirkning er hjemlet i loven. Pasienter har rett til å medvirke til hvordan helse- og omsorgstjenester skal gjennomføres.

Dersom det er mulig, skal tjenestetilbudet utformes sammen med pasienten, og det skal legges stor vekt på pasientens mening ved utformingen av tilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Helsepersonell skal samarbeide med pasienten dersom det er mulig. Arbeidet med å for eksempel lage en aktivitets- og kostholdsplan åpner for en slik mulighet. Men hvordan skal man samarbeide med pasienten? Uhrenfeldt et al. (2018, s. 3203) mener at det er behov for å ha strukturerte dialoger mellom sykepleiere og pasienter om deres bakgrunn, preferanser, erfaringer og å kombinere individets erfaringer med spesialistkunnskap når det planlegges individualisert behandling, med sikte på god helse. Forfatterne er her klar i sin tale om hva som kan være med på å skape et godt samarbeid. Men hvilken gevinst har egentlig dette samarbeidet? Noen fordeler som kan komme ut av at sykepleier og pasient samarbeider med å lage en behandlingsplan, er økt tilfredshet, bedre livskvalitet og redusert angst hos pasienten. Et slikt samarbeid kan også medføre bedre beslutningsprosesser på grunn av tilgang til ulike synspunkter. Noen pasienter får også økt tillit til helsetjenesten på grunn av økt frihet, kunnskap og åpenhet (Department of Health, referert i Vahdat, Hamzehgardeshi, Hessam & Hamzehgardeshi, 2014, s. 5). Når sykepleier har møtt pasienten, og en god relasjon er skapt, starter selve motivasjonsarbeidet.

Motivasjon

Som tidligere nevnt, var det frykten for senkomplikasjoner som motiverte Kari til å endre livsstil. Hun sier selv at dette er noe som kommer til å fortsette å motivere henne, da risikoen for senkomplikasjoner aldri kommer til å forsvinne. Selv om Kari har vært bestemt fra dag én, at dette er noe hun skal klare, har hun opplevd endringene som utfordrende, da livsstilen hun har nå, står i kontrast med den hun hadde for bare noen måneder siden. Istedenfor å spise potetgull i ukedagene, spiser hun heller grønnsaker og dipp. Istedenfor å slappe av på sofaen etter jobb, tar hun heller en gåtur. Hun koser seg fortsatt med snacks i helgene, men nå i moderate mengder. Det har vært utfordrende for henne å unngå å gjøre det som tidligere har falt henne naturlig. Ifølge Kari var endringene vanskeligst i begynnelsen, men etter en stund, når endringene ble rutine, ble hun mer opptatt av fordelene den nye livsstilen gav henne. Nå går hun turer fordi hun får glede av overskuddet det gir henne. Hun spiser sunnere, ikke bare fordi hun vet hun har godt av det, men også fordi hun merker at kroppen har forandret seg på en positiv måte. Blodglukosen er stabil, vekten er innenfor normalen for første gang på flere år, og hun merker dessuten at fordøyelsen er bedre. Alle disse endringene har gitt Kari følelsen av at hun har klart å ta opp kampen mot sykdommen. Dette har gitt henne

mestringsfølelse, høyere selvtillit og bedre selvfølelse, men ikke minst har det gitt henne en bekreftelse på at det hun gjør er riktig, og at dette er noe hun skal fortsette med.

Motivasjon er resultatet av en persons tanker, hans aktuelle situasjon, mål og betydningen målet har for personen. Motivasjonen til en person kan endres hele tiden, og avhenger av hans personlighet, tanker og miljøet rundt ham (Pensgaard & Hollingen, 2006, s. 20). Man kan dele motivasjon inn i indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er når det er interessen eller gleden for det man gjør, som motiverer den enkelte (Frederick & Ryan, referert i Deci & Ryan, 2002, s. 286). Det har vist seg at denne typen motivasjon vedvarer over lengre tid. Ved ytre motivasjon derimot, er det faktorer som skyldfølelse og press som er motivasjonsfaktoren. Her har man sett at færre har holdt motivasjonen gående over en lengre periode (Deci & Ryan, 2002, s. 287). Når man er klar over disse definisjonene, kan man se at den utløsende motivasjonsfaktoren til Kari, frykten for komplikasjoner, faller under kategorien ytre motivasjon. Likevel kan man betegne gledene Kari nå opplever etter en periode med en sunnere livsstil som indre motivasjon. På denne måten ser man at motivasjon kan forandre seg. Selv om det er den indre motivasjonen som har vist seg å være vedvarende, kan det være at den ytre motivasjonen er det som trengs, for å komme i gang med endringene. Her kan sykepleiers kunnskap om diabetes spille en stor rolle i samtalene med diabetespasienten, da å bare informere om sykdommen kan være nok ytre motivasjon for å få noen pasienter til å begynne med en endring. Hos andre pasienter igjen kan det være nødvendig å bruke andre fremgangsmåter.

En kvalitativ studie fra Norge hadde som hensikt å finne ut av hva sykepleiere legger vekt på ved stimulering til motivasjon hos voksne diabetes type 2 pasienter. Sykepleierne i studien kartla først pasientenes situasjon, blant annet pasientens sosiale og personlige ressurser, og alvorlighetsgraden av sykdommen. Ved kartleggingen brukte de ingen spesifikk mal, men gikk ut fra deres egen erfaring og kompetanse. Sykepleierne la også vekt på å etablere god kontakt med pasienten, og de prøvde å «skreddersy» undervisningen, da dette av erfaring hadde vist seg nødvendig for at den skulle være motiverende. De brukte også tid på å stimulere til brukermedvirkning. Konklusjonen ble at sykepleierne fokuserte på mange tiltak som kunne fremme motivasjon, men at de trengte mer opplæring i veiledningsteknikker for å kunne mestre de mest utfordrende situasjonene (Frantsen, 2010, s. 69-71).

En annen norsk studie undersøkte effekten av deltagelsen i et sykepleieveiledet selvbestemmelseskurs, og hvordan dette påvirket deltakernes motivasjon til å regulere sykdommen sin selv. Kurset gikk ut på støtte selvbestemmelse hos diabetes type 2 pasienter som har vansker med diabetesbehandlingen. Å styrke selvvalgte mål og kompetanseutvikling stod sentralt. Etter kurset opplevde deltakerne nye muligheter i livet med diabetes type 2, som virket til å ha positiv effekt på deres motivasjon til selvregulering av sykdommen. De fikk et nytt syn på sykdommen som gjorde at de oppdaget nye ressurser i den. Deltakerne uttrykte også at likestilt dialog med sykepleierne var en motiverende faktor, som anerkjente og kontinuerlig støttet dem i å bli mer selvbestemt (Karlsen, Bruun & Oftedal, 2018, s. 1-2 og s. 7).

Ut fra hva disse studiene har funnet, er det tydelig at sykepleiere har en rolle i motivasjonsarbeidet. Det viktigste er nok å være klar over sin egen makt og posisjon og at man har gode forutsetninger for å bidra til økt motivasjon hos diabetespasienter. Likevel bør sykepleier være klar over ulike muligheter, som for eksempel sykepleieveiledet selvbestemmelseskurs og å skreddersy undervisningen til hver enkelt pasient. Dialogen mellom sykepleier og pasient er hovedarenaen for innflytelse til livsstilsendring, og det er her sykepleieren har størst mulighet til å hjelpe og støtte pasienten med å gjennomføre endringer (Prescott & Børtveit, 2010, s. 28-29). Det finnes også andre motivasjonsmuligheter sykepleiere kan tjene på å ha kunnskap om.

Andre motivasjonsmuligheter

Motiverende intervju

Ifølge Ivarsson (2010) er motiverende intervju er pasientsentret rådgivning hvor sykepleier og pasient samarbeider for å finne og forsterke pasientens motivasjon. Fokuset i samtalen er pasientens opplevelse av egen situasjon og livsstil. Motiverende intervju kan være en utløsende faktor som fremskynder pasientens endring, men dette er ikke tilfellet for alle. Sykepleier må respektere at endringene skjer i pasientens tempo. I samtalen skal det legges vekt på pasientens egne grunner for ønsket endring (s. 9-10). For at pasienten skal klare å tro at han kan gjøre en endring, er det viktig at sykepleier viser at hun har tro på at pasienten kan

greie det. Å vise slik tiltro kan føre til at pasientens tanker om seg selv og sine evner styrkes. For å ønske endring må målet med endringen oppleves mer attraktivt enn alternativet (s. 20 og s. 29).

Når pasienten er klar for å endre livsstil skal sykepleier hjelpe pasienten å lage en oversikt over mål og tiltak for å nå målene. Målene må være oppnåelige, og tiltakene bør være konkrete, da det gjør dem enklere å følge. Delmål kan være en måte å holde pasienten motivert, så sykepleier bør vurdere behovet for dette. Når endringen er i gang, er fokuset på å prøve å opprettholde disse endringene. Sykepleier må være støttende og gi bekreftelse, selv ved små fremskritt. Dersom pasienten har mislykkes, eller gått tilbake til gamle vaner, må sykepleier håndtere dette på en konstruktiv måte. Det gjøres ved å fokusere på det positive, og ved å understreke at tilbakefall er vanlig i en endringsprosess (Ivarsson, 2010, s. 44 og s. 49).

Selv om motiverende intervju virker som et godt verktøy i arbeidet med å motivere diabetespasienter til endring, viser forskning at det kan ha ulik nyttegrad. En randomisert kontrollstudie fra Danmark viser at pasientene det ble benyttet motiverende intervju på, var mer motiverte til endring, mer bevisst på viktigheten av god glukosekontroll, og hadde i tillegg en bedre forståelse av mulighetene for å forebygge komplikasjoner (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, Borch-Johnsen & Christensen, 2009, s. 175). Sigurd Høye (2013, s. 1302) sier at motiverende intervju kan være en god motivasjonsmetode, men at man trenger mer oppfølging enn én konsultasjon. I en randomisert kontrollstudie fra Nederland, var det ingen endringer i motivasjonen hos diabetespasientene etter motiverende intervju (Jansink et al., 2013, s. 124-125). En norsk systematisk oversiktsstudie konkluderer med at langtidseffekten av motiverende intervju er dårlig, og stiller spørsmål ved om det er blitt anbefalt på sviktende grunnlag (Haugeberg, 2018, s. 22).

Selv om forskningen er tvetydig kan motiverende intervju være et mulig alternativ for sykepleieren å bruke for å motivere diabetespasienten. Det som er spesielt positivt med denne metoden er at man vurderer pasientens nåværende motivasjon, og arbeider ut fra det. Man tar altså utgangspunkt i pasienten selv, og ikke rammene rundt.

Pårørende

Sykepleierne i Frantsens forskning (2010, s. 72) erfarte at pasienter som ikke hadde familie eller støtte mestret egenbehandling dårligere enn pasientene som hadde det. Pasientens viktigste støtte er som oftest pårørende, og de fleste pårørende ønsker å være en ressurs for sine nærmeste. Det at pårørende kjenner pasienten godt er som oftest en god forutsetning for at han eller hun vet hva som kan gjøres for å hjelpe pasienten (Helsedirektoratet, 2019, s. 2). Dermed kan det være en god idé å prøve å involvere pårørende i livsstilsendringene til pasienten, siden pårørende sannsynligvis ser pasienten mer regelmessig enn sykepleieren. I dag er helseforetak pliktige å snakke med pårørende om deres erfaringer og synspunkter som er relevant for pasientens situasjon. Ved hjelp av dette kan foretakene se hvor og hvordan de trenger å forbedre seg (Helsedirektoratet, 2019, s. 10). Pårørende kan altså i tillegg til å være en støtte for en av sine nærmeste, være til hjelp for sykepleieren. Kanskje det er hensyn sykepleier burde ta i møte med pasienten som sykepleier ikke har vært klar over? Kanskje pårørende tør å si ifra om noe pasienten ikke gjør? Sykepleier bør huske på at pårørende kan brukes som en ressurs, da dette kan gagne pasienten positivt. Sykepleier må likevel avklare med pasienten om han ønsker at pårørende skal inviteres til samtale og samarbeid da dette er hjemlet i loven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3).

Dersom pasientens nærmeste velger å ha det samme kostholdet som pasienten, er det mindre sannsynlig at pasienten blir utsatt for fristelser og dermed enklere for han å holde seg motivert. Men dersom pårørende ikke forstår hva pasienten trenger eller ikke ønsker å endre matvaner, blir endringen vanskeligere for pasienten (Polonsky, 2002, s. 63-64). I slike tilfeller er det ikke nødvendigvis slik at familien ikke bryr seg, men de har kanskje ikke nok kunnskap om hvor viktig disse endringene er for pasienten. Kanskje de ikke vet hvor stor betydning støtten deres kan ha for pasientens motivasjon. Informasjon og undervisning av pårørende handler både om det teoretisk grunnleggende om sykdommen og om hvilke praktiske tiltak som kan iverksettes for at pasienter og pårørende selv skal være forberedt i møte med utfordringer knyttet til pasientens sykdomssituasjon. Undervisningen for pårørende skal også lære dem om samhandling og aktiv medvirkning (Tveiten, 2016, s. 83). Mayberry & Osborn (2012, s. 1243-1244) har utforsket relevansen av økt kunnskap hos pårørende i forhold til deltakelse i pasientens diabetessykdom. Familiemedlemmer med økt kunnskap om egenbehandling i forhold til diabetes, var assosiert med mer støttende atferd i forhold til sykdommen. Dette var likevel ikke tilfellet hos alle. Noen var ikke mer støttende på tross av

mer kunnskap, mens hos andre kunne pårørende sine forsøk på å hjelpe føre til konflikt mellom pårørende og pasienten. Resultatet av økt kunnskap er altså individuelt. Kan det ha en sammenheng med pårørendes relasjon til pasienten? Kanskje det er enklere å ta imot hjelp og støtte fra sin mann eller kone, enn sine søsken? Uansett årsak, er økt kunnskap hos pårørende en mulighet for økt støtte for pasienten, og dermed økt motivasjon. Dette bør sykepleier ta med i sin vurdering.

Selv om pårørende kan være en ressurs for pasienten, må ikke sykepleier glemme at pårørende selv har behov som må ivaretas. Norske myndigheter etablerer nå en ny pårørendepolitikk som skal ha fokus på å gi økt likestilling og fleksibilitet til pårørende. Den nye politikken skal bidra til at pårørende blir mer verdsatt og synliggjort (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 21-22). Hanssen og Sommerseth (2014, s. 63 og s. 72-73) skrev en artikkel basert på en studie, der hensikten var å få kjennskap til pårørendes behov overfor helsetjenesten, og hvordan de har blitt møtt. Resultatene fra studien viste at hvem en er pårørende til har en sammenheng med behovene. Pårørende til egne voksne barn eller foreldre trengte hjelp til å kunne gi litt slipp, og vite at de fortsatt kunne være engasjerte pårørende selv om de levde sine egne liv. For at de kunne gi slipp var det nødvendig å få mye informasjon om den aktuelle sykdommen og behandlingen, slik de kunne være trygge på at deres kjære ble ivaretatt. De som var pårørende til ektefelle/samboer hadde derimot andre behov. For dem var det viktig å kunne fortsette et naturlig samliv. Behovet for informasjon var ikke like stort hos denne gruppen. De ønsket heller samarbeid, gjensidighet og informasjon om støttemuligheter for å kunne ha et fortsatt samliv. Pårørende i studien (uavhengig av hvem de var pårørende til) følte sjelden at behovene deres ble møtt slik de skulle ønske. Pårørende kan være en ressurs for pasienten, men klarer de å være det dersom deres egne behov ikke blir møtt tilstrekkelig?

Mestring

En av sykepleiers oppgaver er å veilede pasienten slik at han utvikler seg, lærer og øker sin livskvalitet. For å gjøre dette er det hensiktsmessig å fokusere på mestring (Tveiten, 2008, s. 32). Man kan definere mestring som kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare krav som overstiger en persons ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Sykepleier kan bidra med mestringshjelp. Det vil si at sykepleier kan legge til rette for at pasienten oppdager

egne muligheter, som er av betydning for at pasienten skal kunne leve med sykdommen sin og å kunne ivareta egen helse. Mestring og mestringshjelp kan knyttes til empowerment. Empowerment handler om å få økt kontroll over egen helse og faktorer som påvirker den. Informasjon, undervisning og veiledning er sentrale begrep i pasientens utvikling av kompetanse og empowerment (Tveiten, 2008, s. 21, s. 28 og s. 33). Når en pasient opplever kontroll over eget liv, kan det medføre økt opplevelse av mestring (Myhrstuen, 2017, s. 30). I en kvalitativ studie som omhandler pasienters opplevelse av hverdagsrehabilitering, beskrev deltakerne at økt mestringfølelse gav dem økt motivasjon (Myhrstuen, 2017, s. 75).

En annen norsk studie tok for seg personer med diabetes type 2 som deltok på et kurs ved et Lærings- og mestringssenter. Hovedfokuset til studien var blant annet å få kjennskap til faktorer som hadde en betydning for mestring hos diabetes type 2 pasienter (Tjelta & Holsen, 2013, s. 194). Disse var kunnskap om kosthold, fysisk aktivitet og selve diabetes sykdommen. I tillegg ble sosial støtte trukket frem som et viktig aspekt for mestring av sykdommen. Kunnskap om sykdommen er viktig for å kunne tolke kroppens signaler (relatert til diabetes sykdommen) riktig, for å kunne håndtere ulike situasjoner som kan oppstå. Deltakerne presiserte også at de hadde foretrukket å få denne informasjonen tidlig etter at de hadde fått diagnosen. Noen følte også at å få støtte fra andre i samme situasjon som man kunne dele erfaringer med, var av betydning for mestring. Samtaler med andre i samme situasjon kunne også fungere som en kilde til motivasjon (Tjelta & Holten, 2013, s. 196-198 og s. 201-202).

Siden studiene er kvalitative, er ikke resultatene representative for befolkningen. Likevel antyder de at det kan være en sammenheng mellom mestring og motivasjon, noe sykepleiere kan utnytte i motivasjonsarbeidet. For eksempel ved å bidra med mestringshjelp.

Endringsprosessmodellen

Endringsprosessmodellen presenterer de ulike momentene av en endringsprosess, som er føroverveilelse, overveilelse, forberedelse, handling, vedlikehold og tilbakefall. Modellen kan være aktuell uavhengig av hvilken endring det gjelder (Barth, Børtveit & Prescott, referert i Knutstad, 2013, s. 641). Dermed gjelder den også diabetespasienter i sikte mot

livsstilsendring. Det kan for eksempel gjelde regelmessig blodglukosemåling, eller å spise mindre karbohydrater til middag. Endringsprosessmodellen fremstilles ofte som en sirkel, der de nevnte momentene følger etter hverandre (Knutstad, 2013, s. 641). Å dele endringsprosessen inn i ulike momenter kan gjøre det enklere for andre å forstå hva pasienten som skal gjennomføre endringene sliter med (Barth, Børtveit, Prescott, 2003, s. 75).

Føroverveielsesfasen handler om at pasienten selv oppdager og erkjenner negative konsekvenser ved sine vaner. Bevisstgjøring er et viktig steg i endringsarbeidet. Det er ikke sikkert at pasienten selv ser problemet. I overveielsesfasen er pasienten i konflikt med seg selv, og kan ha tanker som både taler for og imot vanene han har nå. Slik ambivalens er vanlig i hele endringsprosessen, men er dominerende i overveielsesfasen (Prescott & Børtveit, 2011, s. 49 og s. 51). I forberedelsesfasen har pasienten bestemt seg for å gjøre en endring i nær fremtid. Pasienten er i denne fasen mer mottakelig for råd. I handlingsfasen kan de som står pasienten nær se endringene, som gjør det mulig for dem å støtte pasienten med gode ord. Slik støtte kan styrke pasientens beslutning og hjelpe han i tøffere perioder. Seks måneder senere går pasienten inn i vedlikeholdsfasen. I denne fasen gjelder det å holde motivasjonen oppe. Pasienten må stadig minne seg selv på årsaken til at han gjør denne endringen. Essensielt i vedlikeholdsfasen er å unngå tilbakefall. Risikoen for tilbakefall er høyest i begynnelsen etter iverksatt endring (Prescott & Børtveit, 2011, s. 56-57 og s. 60-62). Det er ikke en mislykket endring dersom man beveger seg fram og tilbake mellom momentene i lengre perioder, det er heller en naturlig del av endringsprosessen. Tilbakefallsmestring handler om å kjenne egne reaksjonsmåter, slik at tegn på «tilbakefall» oppdages tidlig, og man kan fokusere på å gjenvinne kontroll (Knutstad, 2013, s. 642).

Kari er nå under momentet vedlikehold i endringsprosessen. Hun har gjort endringene, og nå prøver hun å vedlikeholde dem ved å gjøre dem til rutiner. Hvorvidt hun klarer å fortsette slik er det ingen som kan vite, selv om hun per dags dato er motivert til å fortsette. Atferdsendring er ofte vanskelig og manglende oppnåelse av mål er ikke uvanlig. Dette kan medføre at pasienten blir misfornøyd med seg selv og egen innsats, og opplever seg selv som utilstrekkelig eller maktesløs. Det er heller ikke uvanlig at han kjenner på skam, siden han ikke har fulgt rådene til sykepleier. Han kan også være bekymret for at sykepleieren skal vise at hun er misfornøyd med innsatsen, eller hva hun tenker om han (Prescott & Børtveit, 2011,

s. 30). Jeg mener at det blir feil at pasienten skal måtte bekymre seg for sykepleiers tanker om han, og derfor mener jeg det er viktig at pasienten blir møtt med respekt og forståelse tross eventuelle tilbakefall i endringsprosessen. Endring bør ta utgangspunkt i en felles plattform av respekt og forståelse (Barth & Näsholm, 2007, s. 93).

Avsluttende tanker

Litteratur og forskning har vist at det finnes utrolig mye skrevet om diabetes og motivasjon, men at det ikke finnes én gylden regel eller ett eksakt fasitsvar for hvordan man kan motivere diabetespasienter mot en livsstilsendring. Alle diabetespasienter er ulike, som medfører at de motiveres på forskjellige måter. Sykepleier bør derfor ha kunnskap om ulike motivasjonsmetoder som kan være aktuelle å bruke for å motivere de forskjellige pasientene. Rammene rundt selve motiveringen må også tas hensyn til, som hvordan man kommuniserer med hver enkelt pasient og hvordan man kan skape en relasjon til den aktuelle pasienten. På denne måten kan sykepleier legge forholdene bedre til rette for motivasjon. Pasienten kan da få et bedre utgangspunkt til selve livsstilsendringen.

Litteraturliste

- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2003). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale – MI: Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, N.Y: University of Rochester Press.
- Den norske legeforening. (2015). Ethiske regler for leger. Hentet fra <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/#23667>
- Diabetesforbundet. (2018, 8. august). Høyt blodsukker (hyperglykemi). Hentet fra <https://www.diabetes.no/leksikon/h/hoyt-blodsukker-hyperglykemi/>
- Diabetesforbundet. (2018, 30. august). Diabetes type 2. Hentet fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>
- Diabetesforbundet. (2018, 12. september). Spørreskjema om livet med diabetes. Hentet fra <https://www.diabetes.no/helsepersonell/nyheter-for-helsepersonell/sporreskjema-om-livet-med-diabetes/>
- Diabetesforbundet. (2019, 29. januar). HbA1c er en langtidsprøve av blodsukkeret. Hentet fra <https://www.diabetes.no/leksikon/h/hba1c/>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finbråten, H. S. & Pettersen, K. S. (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». *Vård i Norden*, 32, 47-52. Hentet fra <https://oda.hioa.no/en/item/diabetessykepleiere-i-norge-sine-oppfatninger-av-pasienters-health-literacy>
- Fjørtoft, A. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2014, 27. juni). Livskvalitet og mestring i Norge. Hentet fra https://www.fhi.no/nettpub/hin/tillegg/livskvalitet-og-mestring-i-norge/?fbclid=IwAR2IwYIs7d_gVWOxSBdHIxPxNXRSQQrrnoRJRiVFyVoBJylYi7m44fuuCEc
- Frantsen, K. (2010). *Motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes – En utfordring for sykepleiere* (Masteroppgave). Universitetet i Stavanger.

- Grov, E. K. & Holter, I. M. (2015). *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hanssen, H. & Sommerseth, R. (2014). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10, 62-75.
Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2428632/Hanssen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Haugeberg, J. (2018). *Langtidseffekten av motiverende intervju på livsstilsendring – en systematisk oversiktsstudie* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø.
- Helsedirektoratet. (2015). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes* (IS-2685). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* (IS-2587).
Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)).
Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Hummelvoll, J. K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høgskulen på Vestlandet. (2014, 19. juni). DiaBEST – Diabetes forskergruppe for beste praksis. Hentet fra <http://www.hib.no/forskning/forskergrupper/diabest/>
- Høye, S. (2013). Pasienters livsstil er vanskelig å endre. *Tidsskriftet – den norske legeförening*, 133, 1302. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0667>
- Ivarsson, B. H. (2010). *MI - motiverende intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., Van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2013). No identifiable HbA1c or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31, 119-127. <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.797178>

- Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Forskning*, 9, 272-280.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
- Karlsen, B., Bru, E. & Hanestad, B. R. (2002). Self-reported psychological well-being and disease-related strains among adults with diabetes. *Psychology and Health*, 17, 459-473. <https://doi.org/10.1080/0887044022000004948>
- Karlsen, B., Bruun, B. R. & Oftedal, B. (2018). New Possibilities in Life with Type 2 diabetes: Experiences from participating in a Guided Self-Determination Programme in General Practice. *Nursing Research and Practice*, 2018, 1-9.
<https://doi.org/10.1155/2018/6137628>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knutstad, U. (2013). *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Koopmanschap, M. (2002). Coping with Type II diabetes: the patient's perspective. *Diabetologia*, 45, 18-22. <https://doi.org/10.1007/s00125-002-0861-2>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Low, L. L., Tong, S. F. & Low, W. Y. (2014). Mixed Feelings about the Diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus: A Consequence of Adjusting To Health Related Quality Of Life. *Coll Antropol*, 38, 1-18. Hentet fra
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577471/pdf/nihms721660.pdf>
- Macdonald, L., Stubbe, M., Tester, R., Vernall, S., Dowell, T., Dew, K. (...) & Raphael, D. (2013). Nurse-patient communication in primary care diabetes management: an exploratory study. *BMC Nursing*, 12, 1-10. Hentet fra
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3856446/pdf/1472-6955-12-20.pdf>
- Mayberry, L. S. & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 35, 1239-1245. <https://doi.org/10.2337/dc11-2103>
- Myhrstuen, A. (2017). *Helse og empowerment: En kvalitativ studie av brukeres opplevelse og erfaringer med hverdagsrehabilitering* (Masteroppgave). Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/heapro/15.3.259>
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010 a). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2548-2556. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x>
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010 b). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1500-1509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6. utg.). St. Louis: Mosby.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pensgaard, A. M. & Hollingen, E. (2006). *Idrettens mentale treningslære*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal undervisning.
- Polonsky, W. (2002). *Diabetes hela livet*. Lund: Studentlitteratur.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2011). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reynolds, W. J. & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*, 31, 226-234. Hentet fra <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.2000.01242.x>
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K. & Christensen, B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 172-179. <https://doi.org/10.1080/02813430903072876>
- Ruiz, P. L. D., Stene, L. C., Bakken, I. J., Håberg, S. E., Birkeland, K. I. & Gulseth, H. L. (2018). Decreasing incidence of pharmacologically and non-pharmacologically treated type 2 diabetes in Norway: a nationwide study. *Diabetologia*, 61, 2310-2318. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4681-4>
- Shi, L., Shao, H., Zhao, Y. & Thomas N. A. (2014). Is hypoglycemia fear independently associated with health-related quality of life? *Health and Quality of Life outcomes*, 12,

- 1-9. Hentet fra <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186%2Fs12955-014-0167-3>
- Spurkeland, J. (2014). *Relasjonskompetanse: Resultater gjennom samhandling*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Strandberg, R. B., Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Peyrot, M., Wahl, A. K. & Rokne, B. (2017). The relationships among fear of hypoglycaemia, diabetes-related quality of life and psychological well-being in Norwegian adults with Type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 124, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.12.018>
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 283-292. Hentet fra <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x>
- Tjelta, M. & Holsen, I. (2013). «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her»: Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: en kvalitativ studie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 3, 193-205. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/62525222/det_gaar_an_aa_mestre_det_mestevad_aa_gaa_p_aa_saanne_kurssom_d.pdf
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Uhrenfeldt, L., Sørensen, E. E., Bahnsen, I. B. & Pedersen, P. U. (2018). The centrality of the nurse-patient relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3197-3204. <https://doi.org/10.1111/jocn.14381>
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S. & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16, 1-7. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>
- Williams, J. & Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30, s. 752-755. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>
- Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2016). *Sykdom og behandling*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.