

Guided Self-Determination som verktøy i sjukepleiekonsultasjonar i primærhelsetenesta – ein litteraturstudie

Hege Rorgemoen

Diabetessjukepleiar
Vinje legekontor

Beate-Christin Hope Kolltveit

Postdoktor og diabetessjukepleiar
Høgskulen på Vestlandet og Vossevangen legesenter

Marit Graue

Professor
Høgskulen på Vestlandet

Diabetes type 2

Diabetes mellitus 2

Pedagogisk verktøy

Primærhelsetjenesten

Empowerment

Self-management

Sykepleien Forskning 2021 16 (86011) (e-86011)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2021.86011

Sammendrag

Bakgrunn: Livsstilendring gjennom sunt kosthald, auka fysisk aktivitet og handtering av medisinar er noko personar med diabetes mellitus type 2 (DMT2) må prøve å setje i verk for å oppnå god helse, og slik unngå seinkomplikasjonar. For å halde oppe motivasjonen kan sjukepleiaren vere støttespelar mellom årskontrollane hjå fastlegen. Eit godt helsepedagogisk verktøy er viktig for at samtalene skal vere nyttige og gje meistring av eigen sjukdom.

Formål: Å få kunnskap om kva erfaringar sjukepleiarar og personar med DMT2 har med at sjukepleiaren nyttar Guided Self-Determination (GSD) som eit helsepedagogisk verktøy i konsultasjonane og i tida mellom samtalene med pasienten og sjukepleiaren.

Metode: Me utførte litteratursøk i september 2019 i databasane Medline og Cinahl. Søkjeord som *diabetes mellitus type 2, self-management, empowerment, life skills, Guided Self-Determination, Self-Determination Theory, primary healthcare, nurse patient relationship* og *counseling* blei brukte i søket.

Resultat: Talet på relevante treff før gjennomgang var 93 artiklar. Det var sju artiklar som blei inkluderte i litteraturoppsummeringa. Desse viser at det å bruke GSD som metode kan bidra til å heve kompetansen hjå sjukepleiarane som rettleiarar, samstundes som det kan stimulere til refleksjon rundt eigne kommunikasjonsferdigheiter for personar med DMT2. Tilnærminga kan vere utfordrande å lære seg, og sjukepleiarane trong tid og erfaring for å forstå korleis dei skulle bruke metoden. Dei opplevde at gjennom praktisering fekk dei auka kompetanse som rettleiar. Pasientane erfarte at dei blei meir sjølvstendige i handteringa av diabetes, og dei blei meir merksame og engasjerte i situasjonen.

Konklusjon: Både sjukepleiar og pasient kan ha nytte av GSD i samtalene sine. Det er derimot behov for vidare tilpassing av metoden for at han skal bli lettare å ta i bruk for sjukepleiarane, og for at fleire pasientar skal kunne ha utbytte av han.

Diabetes mellitus type 2 (DMT2) kjem av ein kombinasjon av insulinresistens, som anten er arveleg eller ein kombinasjon av livsstilfaktorar som overvekt og inaktivitet, og nedsett insulinproduksjon i betacellene (1).

Med ein stadig betre levestandard, enkel tilgang på mat, lettare arbeidsforhold og mindre fysisk aktivitet aukar talet på personar med denne sjukdomen på verdsbasis. Det er anslått at me her i Noreg har mellom 260 000 og 280 000 personar som lever med diabetes i 2020, og 90 prosent av desse har DMT2 (2).

I dei nasjonale retningslinene frå Helsedirektoratet er det anbefalt at personar med ukomplisert DMT2 skal få individuell oppfølging etter behov i primærhelsetenesta med minimum årskontroll hjå fastlege (3).

Livsstilsbehandling der ein legg vekt på eit sunt kosthald tilpassa den enkelte og fysisk aktivitet, er hjørnesteinen i behandlinga av DMT2, men medikamentell behandling er òg naudsynt hjå mange der ein ikkje kjem i mål med berre livsstilsending.

Det er vist gjennom fleire større studiar i allmennpraksis at mange pasientar ikkje når dei anbefalte behandlingmåla (4), og at ein difor bør leggje meir vekt på kva som skal til for å nå desse måla. God støtte frå helsepersonell har vist seg å ha effekt for at personar med DMT2 kan gjere daglege val om mat og måltid, fysisk aktivitet og vurderingar av blodsukkerverdier opp mot behandlinga slik at dei betre handterer sjukdomen (5).

I oppfølginga av personar med DMT2 kan bruk av eit empowerment-basert rettleiingsverktøy bidra til auka samarbeid på ein meir effektiv og meningsfull måte mellom sjukepleiar og pasient.

Metodikken Guided Self-Determination

Det finst ulike helsepedagogiske verktøy. Denne artikkelen vil sjå nærare på Guided Self-Determination (GSD), som kan vere ein relevant metode å bruke i pasientkonsultasjonar der problemløysingar og samarbeid mellom pasient og helsepersonell har blitt vanskeleg eller ein ikkje kjem vidare i behandlinga (6).

GSD-metodikken er utvikla av Zoffmann ved Rigshospitalet i København (6) og har sitt utspring i Self-Determination Theory-miljøet i Rochester i USA (7). Den helsepedagogiske metoden er utarbeidd som ei styrkjande tilnærming til avgjersler og problemløysing, og er meint for vanskeleg diabetesomsorg. Det er empiriske data som har lagt grunnlaget for teoriutviklinga (6, 8).

Gjennom observasjon av samtaler mellom pasientar og helsepersonell utvikla Zoffmann tre teoriar om kvifor helsepersonell opplevde at det kunne vere vanskeleg å nytte *empowerment*-tilnærminga i møte med pasientar (sjå faktaboks). Trass i at helsepersonell var positive til *empowerment*-tenkinga, kan det vere vanskeleg i praksis å mobilisere styrke og ressursar hjå den enkelte pasient (9).

Dei tre teoriane handlar om at helsepersonell og pasient kan ha ulikt perspektiv på liv og helse, det kan vere konflikt i relasjonen mellom partane, og kommunikasjonen og refleksjonen hjå pasient og helsepersonell kan vere sprikande (10).

Empowerment

I medisinsk samanheng omtalast «empowerment» som *pasientstyrking* og *myndiggjering*, til dømes *myndiggjorte pasientar*.

Kjelde: Språkrådet

Auka kompetanse ved diabetes

I utgangspunktet blei GSD utvikla som eit verktøy i samtaler mellom diabetessjukepleiarar og personar med diabetes mellitus type 1 (DMT1) (6). Metoden viste seg å gje gode resultat ved at pasienten fekk auka kompetanse i å handtere diabetes, det blei færre diabetesrelaterte problem, og metoden verka positivt inn på den glykemiske kontrollen (11).

Han blei deretter vidareutvikla til bruk i møte med andre pasientgrupper som slit med utfordringar som er knytte til kroniske tilstandar, som ungdom med vanskeleg kontrollert DMT₁ og foreldra deira, yngre vaksne med vanskeleg kontrollert DMT₁ og pasientar med ADHD (12), schizofreni (13) eller kroniske smerter (14).

Ein såg at ved bruk av GSD ved fleire av desse tilstandane auka meistringsevna til personane, slik at dei takla tilstanden sin betre. GSD er eit pedagogisk verktøy for helsepersonell bygd på teoriar om perspektiv, relasjon, kommunikasjon og refleksjon (10).

Den auka evna til å handtere sjukdomen og behandlinga, ei betre blodsukkerregulering og færre diabetesrelaterte problem gav eit positivt utkome når det gjaldt å nå behandlingsmåla til den enkelte (11).

Formålet med denne litteraturstudien var å få kunnskap om kva erfaringar sjukepleiarar og personar med DMT₂ har, ved at sjukepleiaren nyttar GSD som eit helsepedagogisk verktøy i konsultasjonane.

Metode

Litteraturstudie er valt som metode i denne artikkelen (15) og inneber å velje eit tema, utforme ei problemstilling og deretter utføre eit systematisk litteratursøk på bakgrunn av dette. Ein litteraturstudie med oppsummering av studiar som har planlagt eller rapportert erfaringar og opplevingar, har som formål å beskrive GSD som eit helsepedagogisk verktøy i sjukepleiekonsultasjonar i primærhelsetenesta (8).

Søkestrategi

PICO er eit verktøy som blir brukt for å identifisere komponentar i kliniske spørsmål (15). Etter val av tema nytta me PICO for å strukturere forskingsspørsmålet og finne gode søkjeord til problemstillinga.

I denne studien var det personar med DMT2 som var den aktuelle gruppa å sjå nærare på. Tiltak som blei vurderte, var bruk av GSD som helsepedagogisk verktøy. Me var interesserte i å sjå nærare på kva erfaringar sjukepleiarar og personar med DMT2 har ved at sjukepleiaren nyttar Guided Self-Determination (GSD) som eit helsepedagogisk verktøy i konsultasjonane og i tida mellom samtalene med pasient og sjukepleiaren.

Hovudkriteria for å inkludere forskning i denne litteraturstudien var at artiklane måtte handle om personar med DMT2 som blei fylgde opp av primærhelsetenesta, og erfaringar rundt det å nytte GSD som helsepedagogisk verktøy for å fremme pasientmedverknad i behandlinga. Vidare identifiserte me dei relevante nøkkelorda på engelsk gjennom databasen Medical Subject Headings (MeSH) (15).

Orda *self-management*, *empowerment* og *life skills* er sentrale i litteratur om metoden, og me utførte søk på kvart emneord. I tillegg søkte me på *Guided Self-Determination* og *Self-Determination Theory*. For å utvide eller avgrense kombinerte me orda med AND eller OR. I søkje strategien kombinerte me også orda med *primary health care*, *nurse patient relationship* og *counseling*.

Litteratursøk

Me gjorde litteratursøka i september 2019 i databasane Medline og Cinahl. Databasane er anbefalte innanfor helse- og sosialfag og inneheld referansar til engelskspråkleg litteratur om sjukepleie. Medline og Cinahl er viktige elektroniske databasar for forskning i sjukepleiefaget.

Begge databasane er anbefalte i Polit og Beck og blei valde fordi dei inneheld forskingsarbeid om pasienterfaringar og planlegging av studiar frå klinisk praksis som vil utvikle kunnskap om erfaringar og opplevingar om bruk av GSD i primærhelsetenesta (15).

Søket i Medline enda opp med 71 artiklar og i Cinahl i 22 (vedlegg 2). Ved nærare gjennomgang av tittel og abstrakt i dei 93 artiklane blei 36 fjerna fordi dei ikkje handla om det valde temaet og den valde problemstillinga, og dermed ikkje oppfylte inklusjonskriteria (figur 1).

Studiar utført blant andre pasientgrupper enn dei med DMT2, eller der representantane frå helsevesenet ikkje var sjukepleiarar, blei ekskluderte. Dette gjaldt også studiar frå ikkje-vestlege kulturar, inkludert språk, og dublettar.

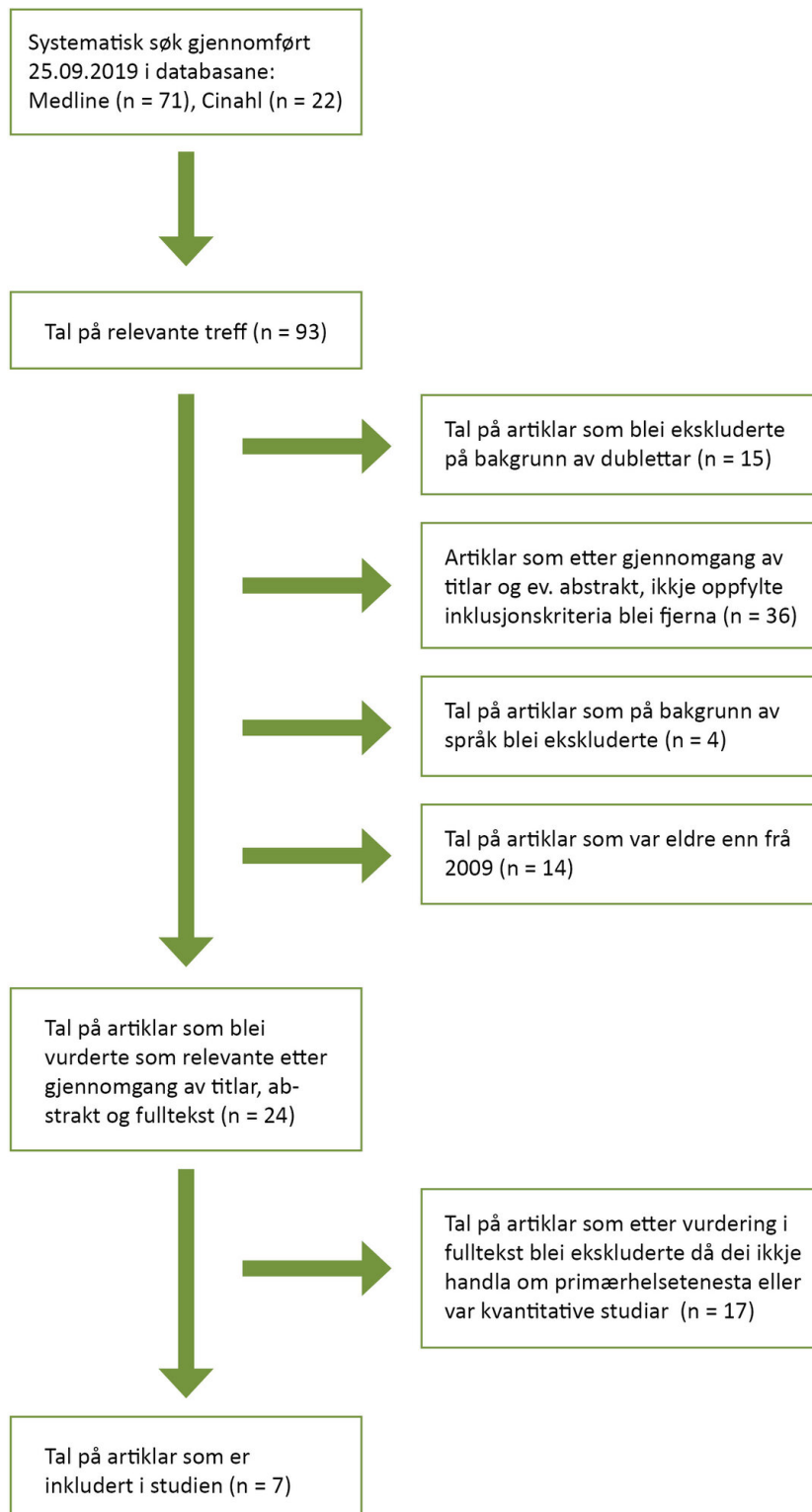
Alle forfattarane las alle artiklane, og me henta systematisk ut informasjonen basert på ei førehandsbestemt liste for kva informasjon ein skulle hente ut og framstille systematisk i resultatkapittelet i artikkelen.

GSD blei utvikla i tidsrommet 1996–2004 og har blitt brukt i praksis, forska på og vidareutvikla fram til i dag. Etersom metoden har vore i stadig utvikling, ekskluderte me artiklar som var eldre enn ti år, frå denne litteraturstudien.

Det var 15 artiklar som ikkje handla om primærhelsetenesta, og to som handla om primærhelsetenesta, men som brukte eit randomisert kontrollert studiedesign for å måle effekt. Det var difor sju artiklar som blei tekne med vidare i vurderinga.

For å vurdere den metodiske kvaliteten til dei ulike artiklane nytta me sjekklister som er publiserte på Helsebiblioteket (17) og vurderingsverktøy utvikla av «the Critical Appraisals Skills Programme» (CASP) (18).

Figur 1. Flytskjema over litteratursøk og funn



Resultat

Dei sju inkluderte artiklane (19–25) har alle tydelege formål og presenterer studiar og funn på ein oversiktleg og forståeleg måte (vedlegg 1). Målet var å undersøkje erfaringar som er gjorde ved bruk av GSD som helsepedagogisk verktøy blant sjukepleiarar og hjå personar med DMT2.

Grunnlaget for alle desse forskingsarbeida er den aukande populasjonen med menneske som får DMT2, og interessa for korleis ein kan finne kjernen i den gode oppfylginga. Dei ulike forskingsarbeida er utførte frå tidsrommet 2016–2019 og er studiar som ynskjer å bidra til å vidareutvikle GSD som metode for personar med DMT2.

Deltakarane i studiane er sjukepleiarar frå primærhelsetenesta som er tilsette på ulike legekontor i Sørvest-Noreg, og pasientar som er knytte til desse legekontora.

Forskningsarbeida er godkjent av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK) (20, 21, 23–25) og personvernombodet (NSD, Norsk senter for forskingsdata) (19, 22). Pasientane og sjukepleiarane hadde fått informasjon om studien, og dei som var med, gav skriftleg samtykke og blei garanterte konfidensialitet og rett til å kunne trekkje seg frå studien når som helst.

Dei to andre artiklane hadde fått godkjenning av NSD (19, 22). Her samtykte også dei involverte partane etter dei hadde fått informasjon, og anonymiteten blei sikra ved å fjerne namn frå opptak og transkripsjon av intervju.

I fem av studiane blei både sjukepleiarar og pasientar individuelt intervjuet i fysiske møte med forskarane (19, 22–25), og i éin studie nytta dei seg av telefonintervju for å nå deltakarane (21).

To eller fleire av forskarane bak studiane transkriberte og leste intervjumaterialet. Deretter identifiserte dei kjerneinnhaldet og forkorta ned materialet, sette kodar på dei ulike emna som kom fram, og delte dei vidare inn i kategoriar. For at analysen skulle vere påliteleg, blei kodar, mønster og tema diskuterte av forskarteamet fleire gonger.

Bruk av GSD i primærhelsetenesta

Artikkelen til Karlsen og medarbeidarar (20) skildrar ein studieprotokoll over framtidige forskingsarbeid. Dei ynskjer å vurdere effekten av ein teoridreven nettbasert GSD-intervensjon blant vaksne med DMT2 i primærhelsetenesta. Gjennom ulike tilnærmingar vil dei sjå på om GSD kan ha ein positiv innverknad på pasienten sin eigenomsorg, og på langtidsblodsukkeret (HbA1c).

Artikkelforfattarane viser til moderate effektar ved å bruke tidlegare intervensjonar og ynskjer å vidareutvikle denne GSD-intervensjonen. Studiet til Oftedal og medarbeidarar (19) ser på erfaringane til sjukepleiarane med opplæring i GSD og er ein av studiane som er skildra i studieprotokollen (19) som allereie var utført. Dei resterande fem artiklane (21–25) er alle eit vidare arbeid med utspring i studieprotokollen til Karlsen og medarbeidarar (19).

Den opphavlege GSD-intervensjonen, som er utarbeidd for personar med DMT1 og vanskeleg diabetesomsorg, bestod av sju andlet-til-andlet-konsultasjonar med 21 strukturerte refleksjonsark og var laga for å rettleie både pasient og helsepersonell gjennom gjensidig refleksjon.

Karlsen og medarbeidarar (20) viser korleis tilpassingsområdet blei identifisert, og korleis GSD-programmet blei lagt til rette for personar med DMT2. Gjennom kvalitativt forskingsarbeid justerte dei konsultasjonane frå sju til fire, og reduserte refleksjonsarka frå 21 til 13 utan å miste noko av innhaldet (19, 23).

Den modifiserte GSD-intervensjonen omfattar fire tema om pasient–sjukepleiar-forholdet, livet med diabetes, forholdet mellom ideal og røyndom, og endringsarbeid (19, 20). Med dette som utgangspunkt overførte dei arbeidet til å gjelde i ei elektronisk utgåve av GSD (20–22, 24, 25).

Ved å bruke Minjournal.no, kommunikasjonstenesta me i dag kjenner som Helsenorge.no, utførte dei fire konsultasjonar over ein 12–16-vekers periode for deretter å intervjuje dei deltakande partane om korleis dei opplevde den nettbaserte intervensjonen (25).

Kva er erfaringa til sjukepleiarane med bruk av metoden?

Studien til Oftedal og medarbeidarar hadde direkte som mål å finne ut korleis sjukepleiarane opplever det å lære om og praktisere GSD i primærhelsetenesta til vaksne med DMT2 (19). Fire diabetessjukepleiarar frå ulike legekontor fekk opplæring i GSD gjennom eit fire dagar langt kurs som strekte seg over ni månader, med forelesingar, gjennomgang av refleksjonsark, arbeidsgrupper, diskusjon og rettleiing. Etter at sjukepleiarane hadde fått opplæring og praktisering av metoden på eigen arbeidsplass, intervjuja forskarane dei. Gjennom samtalematerialet kom dei fram til tre hovudtema.

Det fyrste temaet var at sjukepleiarane i starten syntest det var vanskeleg å forstå og bruke metoden. Sjukepleiarane skulle bruke kommunikasjonsformene spegling, aktiv lytting og verdiklargjering under samtalene, noko dei fann unaturleg og vanskeleg å bruke. Etter kvart som dei fekk erfaring og pasientane gav positive tilbakemeldingar, auka dette trua på evna deira til å forstå meininga med GSD og kunne bruke metoden i eigen praksis (19).

Det andre temaet handla om at god opplæring med bruk av konkrete døme var avgjerande for at sjukepleiarane skulle forstå bruken av refleksjonsarka, og greie å nytte seg av kommunikasjonsteknikken som metoden krev.

«Sjukepleiarane la vekt på at dei hadde sakna eit kommunikasjonsverktøy å bruke for å lukkast som rettleiar.»

Sjukepleiarane som blei intervjuet, hadde før introduksjonen til metoden hatt eigenkomponerte konsultasjonar med pasientane sine. Gjennom kurs og retningslinjer hadde dei tekne med seg det dei syntest var viktig inn i samtalene med pasientane. Dei la vekt på at dei hadde sakna eit kommunikasjonsverktøy å bruke for å lukkast som rettleiar. Sjølv om sjukepleiarane syntest metoden var krevjande, såg dei at GSD gav ei strukturert tilnærming og opna opp for refleksjon (19).

Det siste temaet som kom fram, var at sjukepleiarane opplevde ei utvikling under prosessen. Tidlegare hadde dei vore den som fortalde pasientane kva dei skulle gjere, men no blei det i staden pasientane sjølve som fann ut kva som var bra for deira eiga helse, og fann passende løysingar i lag med sjukepleiaren. Dette kalla forskarane å gå frå ei sjukepleiesentrert til ei pasientsentrert tilnærming (19).

Frå Karlsen og medarbeidarar (20) si vidareutvikling av elektronisk GSD går Oftedal og medarbeidarar (22) vidare og ser på kva sjukepleiaren opplever rundt det å nytte GSD i eit elektronisk format. Den nettbaserte varianten hadde hovudsakleg færre fysiske konsultasjonar mellom pasient og sjukepleiar og var basert på asynkron skriftleg kommunikasjon (20, 22, 24).

Gjennom intervju av fire sjukepleiarar som hadde gjennomført den elektroniske intervensjonen, får studien fram at den skriftlege kommunikasjonsforma kan verke forstyrrende på sjukepleiaren si evne til å gje pasienten omsorg. Dei påpeikar at ved skriftleg kommunikasjon mistar ein det non-verbale språket som augekontakt, andletsuttrykk, haldning og kroppsspråk.

Samstundes svarar ein av sjukepleiarane at kommunikasjon som skjer andlet til andlet, kan vere støyande og bli opplevd som eit hinder for den reflekterande tilbakemeldinga. Intervjua avdekte også at den skriftlege kommunikasjonen kunne gje ein betre metode for å fylgje utviklinga til pasienten i metodebruk ved at begge partar kunne lese refleksjonane gjentekne gonger. Ulempa var at dei ikkje kunne trekke tilbake eller endre teksten, noko som kunne gje utfordringar ved feiltolking av spørsmål.

Det kom vidare fram at den skriftlege kommunikasjonen var tidkrevjande, og at det var vanskeleg og halde oppe profesjonaliteten gjennom skriftlege tilbakemeldingar (22).

Korleis blir metoden opplevd frå eit pasientperspektiv?

I den eine studien (23), som var ein del av modelleringsfasen i studieprotokollen til Karlsen og medarbeidarar (20), intervjua forskarane ni personar med DMT2 som hadde gjennomgått ein rein GSD-intervensjon andlet til andlet i allmennpraksis etter at intervensjonen var modifisert frå eit meir omfattande DMT1-program.

Målet var å finne ut kva for erfaringar desse personane hadde gjort seg gjennom rådgjevingprosessen. Tilbakemeldingane frå deltakarane var at dei blei meir medvitne om kva det vil seie å leve med diabetes. Det at dei tidlegare ikkje hadde teke det innover seg at dei hadde sjukdomen, gjorde til at dei heller ikkje hadde kunna gjere dei avgjerande endringane i livet sitt.

Eit anna tema som kom fram var at gjennom intervensjonen fann pasientane det dei skildrar som nye ressursar i sjukdomen. Rådgjevinga hadde fått dei til å ta eigne avgjerder og finne måtar å handtere problema på i kvardagen.

Pasientane sa i intervju at dei synest det var godt å bli sett og høyrde av sjukepleiaren under rådgjevingssprosessen, og at dei i sterkare grad enn tidlegare opplevde sjukepleiaren som ein støttespelar, motiverande medspelar og samtalepartnar ved bruk av metoden. Dette leia fram til at deltakarane blei klar over fleire av dei daglege utfordringane med å styre sjukdomen, og at dei gjennom prosessen hadde begynt å jobbe med å nå måla som pasientane sjølve hadde sett seg i GSD-programmet (23).

«Gjennom intervensjonen fann pasientane det dei skildrar som nye ressursar i sjukdomen.»

I studien til Lie og medarbeidarar (25) var det pasientopplevinga av skriftlege refleksjonsark i den nettbaserte helseintervensjonen dei ynskte å avdekkje. Gjennom ti individuelle intervju fann dei to hovudtema. Det eine var at den skriftlege refleksjonen kan auke bevisstgjeringa og engasjementet hos pasienten rundt temaet, både fordi skriving skapar tid og rom for autonom refleksjon, og fordi skriving påverkar vektlegginga av sjølvstyring av diabetes hos individet.

Forskarane skildra e-helseintervensjonen som eit tviægga sverd der det andre hovudfunnet var at den skriftlege refleksjonen kan bli oppfatta som ikkje brukeleg i sjølvstyring av diabetes, fordi skriving for mange kan vere ei vanskeleg form for å uttrykkje seg, og fordi det ikkje alltid er tid eller rom for å skrive ned refleksjonar (25).

I ein tidlegare studie undersøkte Lie og medarbeidarar kvifor pasientar valde å melde seg ut av e-helseintervensjonen basert på GSD (21). I alt 13 av 18 personar som var inviterte til å delta i den nettbaserte GSD-intervensjonen, melde seg ut, og det høge fråfallet gav grunnlag for studien.

Her kom det fram at pasientar som droppa ut av intervensjonsdeltakinga, mista motivasjonen fordi teknologien var frustrerende, dei opplevde innhaldet som irrelevant og uforståeleg, eller dei valde andre aktivitetar og perspektiv. At pasientane sakna andlet-til-andlet-konsultasjonar med sjukepleiaren, var også eit funn i denne studien (21).

Både pasientane og sjukepleiarane rapporterer at bruk av e-helseintervensjonar kan ha fordelar, men at dei ikkje nødvendigvis fullt ut kan erstatte dei konvensjonelle møta mellom partane (22, 25). Dette startar ein vidare studie som Lie og medarbeidarar utførde i 2019 (24).

Her ser forskarane på korleis den nettbaserte GSD-metoden påverka forholdet mellom pasient og sjukepleiar, og finn at metoden legg til rette for ei meir gjensidig forståing og fleksibilitet mellom partane. Men som dei også avdekte i dei tidlegare studiane, kunne den skriftlege kommunikasjonen mellom pasient og sjukepleiar verke inn på forholdet sidan det er lagt opp til færre møte andlet til andlet, og fordi den skriftlege kommunikasjonen kan skape misforståing og usikkerheit.

Også i studien utført i 2018 (25) finn Lie og medarbeidarar at fysiske møte undervegs mellom pasient og sjukepleiar er viktig for at til dømes pasienten skal kunne få hjelp til å avklare ting som var vanskeleg å forstå med refleksjonsarka.

Diskusjon

Personar med DMT2 utgjer ei stor pasientgruppe. Eigeninnsatsen deira er avgjerande for at dei skal mestre og slik kunne oppnå individuelle behandlingsmål og unngå seinkomplikasjonar. Helsepersonell må vurdere ferdigheitene, kunnskapen og ikkje minst motivasjonen kvar enkelt har for å handle. Dette er heilt essensielt i ein rettleiar metodikk som er individuelt tilpassa, slik som GSD metoden, der ein skal fremme eigne refleksjonar hos personar med DMT2, og til slutt handlingar.

I artikkelen til Karlsen og medarbeidarar (20) står det at tidlegare forskning viser at så få som éin av åtte personar med DMT2 oppnår dei tilrådde behandlingmåla. I ei undersøking gjort i allmennpraksis her i Noreg i 2014 var resultatet at det berre var 13 prosent av pasientane, i hovudsak med DMT2 (av dei 271 personane som var med i studien hadde 11 prosent DMT1 og 88 prosent DMT2), som nådde alle tilrådde behandlingsmål som HbA1c, blodtrykk og LDL-kolesterol (4).

Sidan dette er ein sjukdom som råkar mange menneske og det er ei utfordring å nå behandlingmåla, er det viktig å utvikle helsepedagogiske metodar som kan vere til hjelp i konsultasjonane med denne pasientgruppa. Ein bør gje sjukepleiarane betre kompetanse og erfaring for å kunne bruke verktøy i sjukepleiekonsultasjonane som rettar seg mot kvart enkelt individ og dei individuelle behova. Dette er kjernen i GSD-metodikken.

Sjukepleiarane fekk auka kompetansen som rettleiarar

Artiklane i denne litteraturoppsummeringa peiker på at det er viktig å vidareutvikle sjukepleiekonsultasjonane, og sjukepleiarane som blei intervjuet i dei enkeltstudiane som denne litteraturstudien har granska, sakna eit godt helsepedagogisk verktøy å bruke i pasientsamtalene (19, 22). Erfaringa til sjukepleiarane, etter å ha fått opplæring i GSD, var at dei opplevde auka kompetanse som rettleiarar, og at metoden stimulerte til refleksjon rundt eigne kommunikasjonsferdigheiter (19).

Dette var også eit funn i ein dansk studie som såg på effekten av GSD-opplæring av fagsjukepleiarar. Opplæringskurset gjorde til at sjukepleiarane oppfatta at dei forbetra den autonomistøttande kompetansen. Heile 70 prosent av sjukepleiarane som deltok, meinte at ferdigheitene innan autonomistøtte og deira kommunikasjonsevne hadde forbetra seg (26–27).

Refleksjonsarka og kommunikasjonsteknikkane var vanskelege å bruke

Sjukepleiarane som blei intervjuja i denne litteraturopsummeringa, erkjente likevel at GSD-metoden ikkje var lett å lære seg (19, 22).

Refleksjonsarka tok mykje av merksemda under samtala med pasienten, og sjukepleiarane opplevde at arka var vanskelege å bruke (19).

Sjølv om både talet på konsultasjonar og refleksjonsark blei redusert for å passe personar med DMT2 (20) betre, kan det vera behov for ytterlegare modifisering av desse arbeidsarka for at dei skal bli lettare å bruke under samtalene.

«Kommunikasjonsteknikkar som spegling, aktiv lytting og verdirespons blei opplevd som vrient og unaturleg.»

Det at kommunikasjonsteknikkar som spegling, aktiv lytting og verdirespons blei opplevd som vrient og unaturleg av sjukepleiarane (19), kan bety at det trengst endringar i opplæringa i metoden. Den opphavlege opplæringa i bruk av GSD verkar grundig både når det gjeld teori og praktisk øving (19), men det kan likevel vere behov for å sjå nærare på kva som kan endrast for at kommunikasjonsteknikkane kan bli enklare å lære og bli naturlege for sjukepleiaren å praktisere i konsultasjonen med pasienten.

For å kunne bruke ein ny metode med oppfylging av pasientar må det gjevast god opplæring, og metoden bør vere handgripeleg. Med dette bør han vere lett å forstå og enkel å bruke utan at poenget med metoden går tapt. Refleksjonsarka, som er ein vesentleg del av det helsepedagogiske verktøyet, bør til dømes reduserast slik at både sjukepleiar og pasient finn dei enkle å bruke.

Metoden får fram usnakka tema

Under utdanninga og i arbeidet blir me som sjukepleiarar lærte opp til å vise empati og lytte til pasientane, og i mindre grad utfordre pasientane på ein hensiktsmessig måte. GSD er med på å hjelpe til med å utfordre meir. Pasientane fortalde at opplevinga deira av metoden og refleksjonsarka auka forståinga av å ha diabetes og betre kunne leve med sjukdomen, og at dei kjende seg sett og høyrde. Som eit resultat av dette blei dei meir sjølvstendige i diabetesbehandlinga (23).

«Pasientane fortalde at opplevinga deira av metoden og refleksjonsarka auka forståinga av å ha diabetes og betre kunne leve med sjukdomen.»

Metoden som artikkelforfattarane ser har potensial, har vist at han får fram tema som ikkje tidlegare har vore snakka om under dei konvensjonelle konsultasjonane (20). Møte mellom pasient og sjukepleiar går frå å vere basert på målingar og resultat til å gå djupare inn i dei individuelle utfordringane til pasienten, bli medviten og med støtte finne eigne måtar å løyse eller handtere situasjonen på.

Desse funna tyder på at GSD rører ved det teoriane bak metoden vil ha fram, nemleg det å lukkast i å etablere ein sjølvstyrkande relasjon i møtet mellom pasienten og helsepersonellet (6).

Ikkje alle synst om nettbasert teknologi

Den tradisjonelle behandlinga med fysiske møte med diabetessjukepleiaren blir i dag utfordra av nye pedagogiske plattformer. Bruk av nettbasert teknologi er i dag høgst aktuelt å nytte også i diabetesomsorga. Artiklane om dette temaet viser at e-helseintervensjon er eit godt verktøy på visse felt, men at det kan også bidra til utfordringar (20–22, 24, 25).

Det var eit stort tal av pasientar som melde seg ut av e-helseintervensjonen (21). Arbeidet som blei gjort for å forstå den bakanforliggende årsaka, for seinare å kunne tilpasse intervensjonen slik at færre droppar ut og heller vel å fortsette, var viktig. Det at nokon fann den skriftlege forma for kommunikasjon vanskeleg, eller teknologien frustrerende (21), viser at den nettbaserte versjonen av GSD ikkje passar for alle.

Dette må ein ta omsyn til, og kanskje heller la den nettbaserte versjonen vere eit alternativ til dei som synest dette er eit godt refleksjonsverktøy, og heller bruke ein meir munnleg tilpassa versjon for dei som ikkje synst om å bruke skriving eller kommunikasjon på nettet.

Litteratursøket blei avgrensa til søk etter litteratur som skildrar erfaringar med bruk av GSD, og det er mykje ein framleis ikkje veit om denne metoden. Det låge talet på artiklar og den avgrensa erfaringa ein så langt har med denne metoden i primærhelsetenesta, er ei svakheit og eit atterhald når ein tek i bruk kunnskap frå denne studien.

Det trengs difor vidare forskning i fleire ulike utval og settingar, og ikkje minst større intervensjonsstudiar med større tilfang for ei meir systematisk vurdering av effekt. Me treng meir kunnskap om bruken av GSD på for eksempel legekantor og i frisklivssentralar, og om kven som erfaringsmessig har best utbytte eller effekt av at ein brukar GSD i pasientbehandlinga. I tillegg bør ein vurdere kva ressursar ein kan setje inn på å innføre denne typen tiltak i primærhelsetenesta i framtida når kunnskapsgrunnlaget er så avgrensa.

Ein må likevel gå ut ifrå at e-helseintervensjonar har kome for å bli, både når ein tenkjer på den stadige flottare visuelle utforminga som kan vere inspirerande, og ved at dette er ei praktisk og lett tilgjengeleg kunnskaps- og kommunikasjonsform. Pasientar med somatiske lidingar kan ha nytte av elektroniske intervensjonar, og det kan vere tids- og kostnadseffektivt sett i eit samfunnsøkonomisk perspektiv (28).

Konklusjon

Både personar med DMT2 og diabetessjukepleiarar kan ha nytte av GSD som eit pedagogisk verktøy for å stimulere til refleksjon, avgjersle og handling, og for at pasienten skal meistre eigen sjukdom. Erfaringane til sjukepleiarane viste at den auka kompetansen dei fekk som rettleiarar, stimulerte til refleksjon rundt eigne kommunikasjonsferdigheiter.

Pasientane opplevde ei auka forståing av å leve med sjukdommen sin, dei kjende seg sett og høyrde, og som eit resultat oppnådde dei å bli meir sjølvstendige i diabetesbehandlinga. Sjølv om det å skrive ned tankar og kjensler kan auke refleksjon og få fram nye perspektiv, kan det ikkje fullt erstatte konsultasjonar andlet til andlet.

Kva studien tilfører av ny kunnskap

- Oppfølging og støtte frå helsepersonell kan bidra til auka meistring av eigen helsetilstand hjå personar med kronisk sjukdom, men ein veit i liten grad kva erfaringar pasientar og helsepersonell har når ein tek i bruk eit helsepedagogisk verktøy som kan bidra i denne prosessen.
- I denne studien søkte ein etter litteratur for å få kunnskap om kva erfaringar pasientar og helsepersonell har når ein tek i bruk ein personsentrert rettleiing for å fremme pasientmedverknad i behandlinga, refleksjon kring avgjersle og handling hjå pasienten og auka forståing av å leve med den sjukdommen ein har.
- Denne studien kan bidra med å rette merksemd mot kva erfaringar ein har ved å nytte Guided Self-Determination (GSD) som eit helsepedagogisk verktøy i pasientkonsultasjonar der problemløysingar og samarbeid mellom pasient og helsepersonell har blitt vanskeleg eller ein ikkje kjem vidare i behandlinga.

Referansar

1. Løvås K, Husebye E. Endokrinologi: en medisinsk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
2. Stene LC, Ruiz PLD, Åsvold BO, Bjarkø VV, Sørgjerd EP, Njølstad I, et al. Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? Tidsskr Nor Legeforen. 12.11.2020. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0849](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0849).
3. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen og oppfølging av diabetes utenom årskontrollen. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.
Tilgjengeleg frå:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/oppfolging-utredning-og-organisering-av-diabetesomsorgen/oppfolging-av-diabetes-utenom-arsskontrollen> (lasta ned 21.01.2021).
4. Mouland G. Diabetes i en fastlegepraksis – ble behandlingsmålene nådd? Tidsskr Nor Legeforen. 2014;134:168–72.
5. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. The Diab Educ. 2017 feb.;43(1):40–53.
6. Zoffmann V, Hörnsten Å, Storbækken S, Graue M, Rasmussen B, Wahl A, et al. Translating person-centered care into practice: a comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided self-determination. Patient Educ Couns. 2016 mar.;99(3):400–7.
7. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol Sci. 2000;55(1):66–78.

8. Malterud, K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
9. Askheim OP. Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid – floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi? 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
10. Zoffmann V, Kirkevold M. Realizing empowerment in difficult diabetes care: a guided self-determination intervention. *Qual Health Res.* 2012;22(1):103–18.
11. Zoffmann V, Lauritzen T. Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1c in randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2006;64(1–3):78–86.
12. Enggaard H, Laugesen B, DeJonckheere M, Feters MD, Dalgaard MK, Lauritsen MB, et al. Impact of the Guided Self-Determination intervention among adolescents with co-existing ADHD and medical disorder: a mixed methods study. *Issues Ment Health Nurs.* 2020 jul.;42(1):1–12.
13. Jørgensen R, Licht RW, Lysaker PH, Munk-Jørgensen P, Buck KD, Jensen SOW, et al. Effects on cognitive and clinical insight with the use of Guided Self-Determination. *European Psychiatry.* 2015 jul.;30(5):655–63.
14. Simonsen SM, Strømberg C, Zoffmann V, Hartwell D, Olesen ML. About me as a person not only the disease – piloting Guided Self-Determination in an outpatient endometriosis setting. *Scand J Caring Sci.* 2019 des.;34(4):1017–27.
15. Polit D, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.

16. MeSH på norsk. Begreper innen medisin og helsefag. Tilgjengeleg frå: <http://mesh.uia.no/> (lasta ned 27.06.2019).
17. Helsebiblioteket. Sjekklistar for kritisk vurdering til bruk i systematiske oversikter eller forskningsprosjektar [internett]. Oslo: Helsebiblioteket 03.06.2016 [sitert 21.01.2021]. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistar>
18. The Critical Appraisals Skills Programme (CASP) CASP-Qualitative-Checklist-2018 [internet]. Oxford: CASP UK 2018 [sitert 21.01.2021]. Tilgjengeleg frå: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
19. Oftedal B, Kolltveit BCH, Zoffmann V, Hörnsten Å, Graue M. Learning to practice the Guided Self-Determination approach in type 2 diabetes in primary care: a qualitative pilot study. *Nursing Open*. 2017;4(3):134-42.
20. Karlsen B, Oftedal B, Lie SS, Rokne B, Peyot M, Zoffmann V, et al. Assessment of a web-based Guided Self-Determination intervention for adults with type 2 diabetes in general practice: a study protocol. *BMJ Open*. 2016 nov.;6(12):1-9.
21. Lie SS, Karlsen B, Oord ER, Graue M, Oftedal B. Dropout from an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes: a qualitative study. *J Med Internet Res*. 2017;19(5):e187.
22. Oftedal B, Kolltveit BCH, Graue M, Zoffmann V, Karlsen B, Thorne S, et al. Reconfiguring clinical communication in the electronic counselling context: the nuances of disruption. *Nursing Open*. 2018 okt.;1-8.

23. Karlsen B, Bruun BR, Oftedal B. 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 mar.;2018:6137628.

24. Lie SS, Karlsen B, Graue M, Oftedal B. The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient-nurse relationship: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2019 sep.;33(3):741-9.

25. Lie SS, Karlsen B, Niemiec CP, Graue M, Oftedal B. Written reflection in an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. *Patient Prefer and Adherence*. 2018 feb.;28(12):311-20.

26. Juul L, Maindal HT, Zoffmann V, Frydenberg M, Sandbaek A. A cluster randomized pragmatic trial applying self-determination theory to type 2 diabetes care in general practice. *BMC Family Practice*. 2011;12:130.

27. Juul L, Maindal HT, Zoffmann V, Frydenberg M, Sandbaek A. Effectiveness of a training course for general practice nurses in motivation support in type 2 diabetes care: a cluster-randomized trial. *PLoS One*. 2014 mai;9(5):e96683.

28. Elbert NJ, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, Ekeland AG, Hakkaart-van Roijen L, Raat H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2014;16(4):e110.