



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Motivasjon til livsstilsendring – Den livslange jobben

Motivation for lifestyle change - The lifelong job

Kandidatnummer: 350 og 302

Bachelor i sykepleie

Fakultet/Institutt/Program: Avdeling for helsefag Førde

Innleveringsdato: 13.12.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Abstrakt

Tittel: Motivasjon til livsstilsendring – Den livslange jobben

Bakgrunn for valg av tema: Den økende forekomsten av overvektige pasienter med diabetes type 2 kan føre til økt belastning for helsevesenet i framtiden. Livsstilsendring anses å være den mest effektive behandlingsmetoden, men krever motivasjon over lengre tid.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å motivere overvektige pasienter med diabetes type 2 til livsstilsendring?

Metode: Oppgaven vår er en litteraturstudie. Vi har brukt eksisterende forskning, relevant faglitteratur og egne erfaringer for å undersøke vår problemstilling.

Funn: Livsstilsendring er en krevende og lang prosess, som vil kreve motivasjon over lengre tid. Sykepleiere har en nøkkelrolle i å motivere. Det kommer fram at det er flere faktorer som skal til for at sykepleiere skal lykkes i motivasjonsarbeidet. Sykepleiere må ta del i prosessen, men pasientene har hovedrollen for at motivasjonsarbeidet skal lykkes. Tid, bemanning og økonomi er barrierer som spiller inn på denne prosessen.

Konklusjon: Sykepleierne har en veiledende rolle i møte med pasienten. Pasienten selv vil likevel være den viktigste personen i arbeidet mot livsstilsendring. Livsstilsendring vises å være dobbelt så effektiv som medikamentell behandling. Livsstilsendring er tidskrevende og derfor må bemanningen økes for å kunne imøtekomme pasientens individuelle behov og forventninger. Dette anser vi som nødvendig da helsegevinsten vil være enormt stor for pasientene. Samtidig som belastningen på helsevesenet trolig vil reduseres.

Nøkkelord: Diabetes type 2, overvekt, motivasjon, livsstilsendring, hjemmesykepleie.

Abstract

Title: Motivation for lifestyle change – The lifelong job

Background: The increasing incidences of obese patients with type 2 diabetes may lead to a burden on the health care system in the future. Lifestyle change is considered to be the most effective treatment method, but it requires motivation over a longer period of time.

Problem statement: How can nurses help motivate obese patients with type 2 diabetes to make lifestyle changes?

Method: Our thesis is a literature study. We have used existing research, relevant literature, and our own experience to investigate our problem statement.

Findings: Lifestyle change is a demanding and long process, which will require motivation over a longer period of time. Nurses have a key role when it comes to motivating. It appears that several factors are necessary for nurses to succeed in the motivational work. Nurses must take part in the process, but patients have the main role for the motivational work to succeed. Time, staffing, and finances are other barriers that play a role in this process.

Conclusion: The nurses have a guiding role in meeting the patient. The patient himself will still be the most important person in the work towards lifestyle change. Lifestyle change is twice as effective as drug treatment. Lifestyle change is time consuming and therefore the staff must be increased to be able to meet the patient's individual needs and expectations. We consider this necessary as the health benefits will be enormous for the patients. At the same time, the burden on the health care system is likely to be reduced.

Keywords: Diabetes type 2, overweight, motivation, lifestyle change, primary care.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Introduksjon av tema | 1 |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.3 Problemstilling | 2 |
| 1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling | 2 |
| 2 Teori | 2 |
| 2.1 Diabetes type 2 og overvekt | 3 |
| 2.2 Livsstilsendring | 3 |
| 2.2.1 Vektreduksjon | 4 |
| 2.2.2 Fysisk aktivitet | 4 |
| 2.2.3 Kosthold | 4 |
| 2.3 Motivasjon | 5 |
| 2.4 Kommunikasjon og informasjon | 5 |
| 2.5 Empowerment | 6 |
| 2.6 Hjemmesykepleien | 7 |
| 3 Metode | 7 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode | 7 |
| 3.2 PICO | 8 |
| 3.3 Søkeprosess | 9 |
| 3.4 Kildekritikk | 9 |
| 3.4.1 Sterke og svake sider | 10 |
| 3.5 Presentasjon av forskningsartikler | 10 |
| 4 Analyse og funn | 13 |
| 4.1 Analyse | 13 |
| 4.2 Funn | 13 |
| 4.2.1 Motivasjon til livsstilsendring | 13 |
| 4.2.2 Sykepleieren sin veiledende rolle | 14 |
| 4.2.3 Pasienten sitt ansvar i livsstilsendringen | 14 |
| 4.2.4 Barrierer som påvirker motivasjon | 15 |
| 5 Drøfting | 16 |
| 5.1 Livsstilsendring som behandling | 16 |
| 5.2 Sykepleieren sitt ansvar | 18 |
| 5.3 Pasienten i sentrum | 19 |
| 5.4 Barrierer ved livsstilsendring | 21 |
| 6 Konklusjon | 22 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 7 Litteraturliste | 24 |
| Tabell 1: PICO | 8 |
| Tabell 2: Forskningsartikler | 11 |
| Vedlegg..... | 29 |
| <i>Vedlegg 1: søkeprosess.....</i> | <i>29</i> |

1 Innledning

I denne oppgaven skal vi gjøre en litteraturstudie. Vi skal se nærmere på sammenhengen mellom diabetes type 2 og overvekt. Vi ønsker videre å se på hvilke faktorer som fører til motivasjon til livsstilsendring. I denne første delen av oppgaven går vi nærmere inn på hvorfor vi har valgt dette temaet, problemstillingen vår og hvilke avgrensninger vi har gjort.

1.1 Introduksjon av tema

Omtrent 422 millioner mennesker over hele verden har diabetes. Diabetes er en av de største dødsårsakene i verden (World Health Organization, u.å.). I Norge har omtrent 316 000–345 00 diabetes. Forekomsten i Norge av antall diagnostiserte med diabetes er omtrent doblet de siste 20 årene. Diabetes type 1 tallene er økende, men det er først og fremst diabetes type 2 som forklarer økningen i totalantallet i hele befolkningen (Stene & Gulseth, 2021). Diabetes type 2 utgjør opptil 90% av tilfellene (Åsvold, 2021). Det er mange årsaker og faktorer til denne økende trenden. Overvekt, usunt kosthold og fysisk inaktivitet er eksempler på noen av faktorene. Rundt 70 % av de som har diabetes type 2 er overvektige. Dersom pasienten tar grep kan sykdommen holdes i sjakk, og unngå alvorlige senkomplikasjoner (Diabetesforbundet, 2021e). Endring av levevaner er en viktig del av behandlingen av diabetes type 2 (Diabetesforbundet, 2021b). Studier viser at fysisk aktivitet, vektnedgang og et sunnere kosthold kan være dobbelt så effektivt som medikamentell behandling for å redusere risikoen for å utvikle sykdommen (Helsedirektoratet, 2020). Ved livsstilsendring er det viktig å bygge på motivasjon. Når sykepleiere treffer pasienter som gjennomgår endringer, ønsker de å hjelpe dem fremover i en prosess mot en endring, og å hente frem, styrke eller vedlikeholde pasientens motivasjon for endring (Hestvold, 2018, s. 141). Sykepleierens funksjon i arbeidet med å motivere handler i stor grad om samhandling med pasienten. En form for samhandling er veiledning. Hensikten med veiledning er å tilrettelegge for å styrke pasientenes kompetanse til mestring. Veiledning er et middel i empowerment prosessen (Tveiten, 2018, s. 239).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven ønsker vi å fordype oss i fagkunnskap knyttet til overvektige pasienter med diabetes type 2. Vi har møtt på denne pasientgruppen i praksis, og vi erfarte da at

mange var usikre på hvordan de skulle håndtere sykdommen sin. Da vi var sammen i hjemmesykepleiepraksis erfarte vi at det var flere pasienter som hadde behov for informasjon og veiledning omkring håndtering av diabetes type 2 og overvekt. Vi erfarte at pasientene som var motivert for endring, oftere håndterte sykdommen bedre. Formålet med denne oppgaven blir derfor å belyse om hvilke faktorer som fører til motivasjon og hva vi som framtidige sykepleiere kan gjøre for å hjelpe disse pasientene til livsstilsendring. Den økende forekomsten av denne pasientgruppen vil trolig føre til flere møter med disse pasientene i vårt framtidige yrkesliv, som også er en av årsakene til hvorfor vi ønsker å fordype oss i dette temaet.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til å motivere overvektige pasienter med diabetes type 2 til livsstilsendring?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Hovedfokuset i denne oppgaven er på pasientgruppen overvektige med diabetes type 2. Vi ønsker å avgrense til pasienter med diabetes type 2, da diabetes type 1 vil kreve en annen behandling. Diabetes type 2 henger ofte sammen med overvekt og en livsstil som påvirker helsen negativt (Jacobsen & Bye, 2015, s. 648–649). Vi ønsker derfor å se på livsstilsendring som behandling, og ikke den medikamentelle behandlingen. Siste utvei vil være fedmeoperasjon. Vi ønsker ikke å gå nærmere inn på dette, da det er et omfattende tema. Vi ønsker derimot å se på hvordan motivasjon kan bidra til å oppnå livsstilsendring. I vår oppgave ser vi på tematikken både fra et sykepleieperspektiv, men også fra et pasientperspektiv. Dette for å finne faktorer som påvirker hvordan sykepleiere kan bidra til å motivere denne pasientgruppen. For å begrense oppgaven enda mer har vi også valgt å avgrense til pasienter i hjemmesykepleien.

2 Teori

I denne delen av oppgaven skal vi presentere det vi anser som relevant teori for å finne svar på vår problemstilling. Vi tar først for oss diabetes type 2 og overvekt. Deretter tar vi for oss livsstilsendring med fokus på vektreduksjon, fysisk aktivitet og kosthold (Åsvold, 2021).

Videre tar vi for oss motivasjon, da det er en viktig faktor for å gjennomføre og opprettholde en livsstilsendring. Vi skal også se på betydningen av kommunikasjon og informasjon mellom sykepleieren og pasienten. Pasienten må selv håndtere sykdommen, men noen har behov for veiledning og hjelp til å bli og forbli motiverte (Stubberud & Mosand, 2016, s. 73). Empowerment er derfor viktig, og vi vil gå nærmere inn på dette. Til slutt skal vi se på det særegne ved å jobbe i hjemmesykepleien.

2.1 Diabetes type 2 og overvekt

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som er forårsaket av mangelfull eller nedsatt produksjon av insulin, eventuelt kombinert med redusert insulinvirkning (Stubberud & Mosand, 2016, s. 52). Ved diabetes type 2 har bukspyttkjertelen for liten evne til å produsere tilstrekkelig insulin, og dermed kan kroppen utvikle insulinresistens. Dette fører til at det kreves mer insulin for å holde blodsukkeret normalt. Dersom bukspyttkjertelen ikke klarer å øke insulinproduksjonen kan noen utvikle diabetes over lengre tid (Åsvold, 2021). En årsak til diabetes type 2 er overvekt. Rundt fire av fem av dem som får diabetes type 2, er overvektig i mer eller mindre grad. Overvekt kan defineres som en opphopning av overflødig kroppsfett i så stor grad at det gir økt risiko for følgesykdommer som diabetes type 2. KMI på 25-29,9 er regnet som overvekt (Jacobsen & Bye, 2015, s. 648–649). Det ekstra fett på kroppen kan dermed bidra til at det utvikles insulinresistens (Diabetesforbundet, 2021). En økende forekomst av diabetes type 2 kan komme av økt levealder, bedre diagnostikk, økt inntak av fett og sukker og ikke minst mangel på fysisk aktivitet. Dårlige vaner og en usunn livsstil har ført til økning i gjennomsnittsvekten hos både menn og kvinner. Det betegnes derfor som en livsstilssykdom. Livsstilsendring som behandling kan derfor for noen være gunstig (Stubberud & Mosand, 2016, s. 53–54).

2.2 Livsstilsendring

Endring av levevaner er en viktig del av behandlingen av diabetes type 2 (Diabetesforbundet, 2021b). Hos personer med diabetes type 2 bør kostendringer, mosjonstiltak og vektreduksjon ved overvekt være det grunnleggende i behandlingen (Åsvold, 2021). Målet er varige livsstilsendringer. Livsstilsendring må sees på som en prosess, en gradvis endring av atferd. Hovedmålene i diabetesbehandlingen er å senke og stabilisere blodsukkeret, hindre

utviklingen av senkomplikasjoner og sikre god livskvalitet (Diabetesforbundet, 2021a). Endring av levevaner er en prosess som ikke vil gi endring med engang. Pasienten må omstille seg både fysisk og psykisk og merke at endring av levevanene faktisk har effekt for å opprettholde motivasjon for endring. Noen kan kjenne på skyld og skam ved å tenke at levevanene har vært den utløsende faktor for at de er blitt syk. Skyldfølelse er likevel et dårlig utgangspunkt for endring. En positiv innstilling kan derimot skape en god motivasjon (Diabetesforbundet, 2021c).

2.2.1 Vektreduksjon

En av årsakene til at diabetes type 2 oppstår er overvekt (Vaaler & Møinichen, 2014, s. 53). En vektnedgang kan virke positivt på både blodsukker og blodtrykk. Bare å gå ned noen få kilo er positivt for den fysiske og psykiske helsen (Diabetesforbundet, 2021d). For å gå ned i vekt er det viktig å gjøre varige endringer i form av gode levevaner som vedvarer over lengre tid og helst hele livet. Det blir derfor viktig å finne måter å endre livsstilen på, som gjør at pasientene kan bevare endringene for resten av livet (Helsedirektoratet, 2019b). Både fysisk aktivitet og kostholdsending kan bidra til vektnedgang (Åsvold, 2021).

2.2.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet vil være en positiv faktor for en pasient med diabetes (Stubberud & Mosand, 2016, s. 68). Fysisk aktivitet gjør kroppen mer følsom for insulin slik at sukkeret lettere blir brukt opp (Diabetesforbundet, 2021b). Fysisk aktivitet kan gjøre at forbrenningen øker, samt gi økt velvære og trivsel. Voksne som i utgangspunktet er lite fysisk aktiv vil ha en helsegevinst ved å være fysisk aktiv i 30 minutter daglig (Helsedirektoratet, 2019a). Dette kan bidra til å gå lettere ned i vekt, samtidig som fysisk aktivitet senker blodsukkeret (Selle, 2002, s. 102–103).

2.2.3 Kosthold

Ernæring ved diabetes anbefales å være mest mulig lik normalkost, men ha lavere sukker- og fettinnhold. Ved kostveiledning til pasienter med diabetes type 2 bør sykepleieren råde om kostens innvirkning på vekten og blodsukkeret (Selle, 2002, s. 100). Målet med diabeteskost

er at den skal bidra til trivsel, unngå psykiske og sosiale ulemper og bidra til et tilfredsstillende blodsukker- og vektregulering (Thoresen et al., 2019, s. 274).

2.3 Motivasjon

For å oppnå livsstilsendring må pasienten selv se behovet og være motivert (Stubberud & Mosand, 2016, s. 73). Kaufmanns definisjon av motivasjon er en «Prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd» (Renolen, 2008, s. 65).

Motivasjon kan si noe om årsaken til menneskers handlinger. Det kan være en tilstand i kroppen, i vår bevissthet/ubevissthet og/eller i vårt sosiale miljø. Det kan være både indre og/eller ytre faktorer som resulterer i handling (s. 65). Drivkraften ved indre motivasjon er våre egne interesser og nysgjerrighet. Drivkraften ved ytre motivasjon kommer fra omgivelsene. Forskjellen ligger ikke i hva vi gjør, men i begrunnelsen for det vi gjør (Rosland, 2018). Videre handler motivasjon også om hvilke mål en setter seg, hvor ambisiøse disse er og hvor lyst en har til å nå målet og lykkes. I tillegg tro på egen evne til å klare det som skal til for å realisere målene. Motivasjon er det som gir energi til en endringsprosess. Mange vil kunne møte på utfordringer i endringsprosessen slik som fristelser, endring i omgivelser, forutsetninger og selvsabotasje (Stenbakken, 2014). Mestring er knyttet til individets evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overstiger de hverdagslige utfordringene (Renolen, 2008, s. 166). Den viktigste faktoren som virker inn på mestringserfaringer er tidligere erfaringer. Hvis pasienten har positive mestringserfaringer fra før vil det styrke pasientens tro på å lykkes og motsatt (Renolen, 2008, s. 177).

2.4 Kommunikasjon og informasjon

Sykepleier treffer pasienter med kroniske lidelser i alle deler av helsevesenet og har ofte mulighet til å skape gode og kanskje langvarige relasjoner. Uavhengig av møte med pasienten og hvor det finner sted skal sykepleieren ha relevant fagkunnskap om både sykdom og behandling, hvordan pasienten kan oppleve situasjonen og kommunisere med pasienten på en hensiktsmessig måte (Hestvold, 2018, s. 119). Kommunikasjon kan sees på som et system med spørsmål og svar der begge partene er med å konstruere budskapet (Heyn, 2018, s. 14–15). Dersom sykepleieren skal være i stand til å støtte pasienten i å

fremme håp, mestring og motivasjon må derfor sykepleieren ha kunnskap om og innsikt i pasientens opplevelsesperspektiv (Hestvold, 2018, s. 119).

Evnen til å få frem pasientens perspektiv er en ferdighet av betydning. Det er flere faktorer som spiller inn for å oppnå dette. Først og fremst må det etableres en relasjon med pasienten. Det er når pasienten føler seg som en likeverdig del av samtalen at det gir mening å snakke om effektiv kommunikasjon. Når pasienten opplever tillit er det større sannsynlighet for at de åpner seg (Heyn, 2018, s. 23). En samtale som bærer preg av empati, respekt for pasientens autonomi og samarbeid fremfor belæring, konfrontasjon og autoritet kan kalles for empatisk lytting. Empati er viktig og handler om å leve seg inn i den andres situasjon og opplevelser uten å overidentifisere seg med det som blir fortalt (Hestvold, 2018, s. 145). For å utøve empatisk kommunikasjon må vi selv vike plassen og gi pasienten hovedrollen (Heyn, 2018, s. 23). Enhver pasient er unik, og det er derfor nødvendig å tilpasse seg hver enkelt pasient. Det er et poeng at sykepleieren går inn i enhver pasientsituasjon med et åpent sinn. Sykepleiere bør innhente informasjon om hver enkelt pasient for å tilpasse kommunikasjonen til de individuelle behovene og ønskene (Heyn, 2018, s. 18–19).

Det krever at sykepleiere holder seg faglig oppdatert innenfor diabetesomsorgen, for å kunne ivareta behovet for riktig informasjon og kommunikasjon. Det er viktig å sette pasientene i sentrum. Dette ved å kartlegge den enkeltes behov for informasjon og kunnskap. Videre gi konkret og riktig informasjon i forhold til behov og iverksette tiltak og evaluere resultatet sammen med den enkelte. Samt motivere og hjelpe vedkommende til å få et godt liv med sin diabetes (Selle, 2002, s. 107). For å opprettholde motivasjonen til endring av levevaner må pasienten selv ta ansvar for mye av behandlingen (Diabetesforbundet, 2021a).

2.5 Empowerment

Empowerment handler om å ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. Empowerment fremmes i situasjoner som preges av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner. Bevisstgjøring er sentralt med hensyn til å ta styring i eget liv. Empowerment kan ses på som et rammeverk for helsefremming. Sykepleierne har en veiledende rolle i dialog med pasienten. Sykepleiere må derfor samarbeide med pasienten om å identifisere, fremme

og styrke mulighetene for å ta mest mulig kontroll over det som påvirker helsen (Tveiten, 2018, s. 239–241). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kommer blant annet pasientens rett til medvirkning fram og dette gjenspeiles i tråd med prinsippene i empowerment tenkingen (Tveiten, 2018, s. 245). Vi kan skille mellom to eksperter i empowerment prosessen. Sykepleieren er ekspert på det faglige området, og pasienten er ekspert på seg selv og sitt liv (Tveiten, 2018, s. 242). For at sykepleieren skal få bruke sin fagkompetanse og fremme pasienten sin autonomi er det viktig med et godt samarbeid (Heyn, 2018, s. 23).

2.6 Hjemmesykepleien

I hjemmesykepleien møter sykepleierne på pasienter som er godt kjent med sin sykdom, men også pasienter som er ukjent med sin sykdom og som trenger hjelp til å mestre sin livssituasjon (Fjørtoft, 2006, s. 49). Det særegne med hjemmesykepleie er at det blir utført sykepleie i pasienter sitt hjem og det vil da være viktig å ha respekt og være ydmyk overfor deres hjem (Fjørtoft, 2006, s. 31). Hjemmesykepleien har en sentral plass i helsetjeneste tilbudet og en økende andel av helsetjenestene skjer nå utenfor institusjon (Fjørtoft, 2006, s. 18). Hverdagen i hjemmesykepleien er hektisk og det stilles mange krav. Ofte kan tiden være for knapp til å imøtekomme pasientens behov. Tid er en avgjørende faktor for å kunne gi god omsorg som er tilpasset hver enkelt pasient (Fjørtoft, 2006, s. 164). Det er et kontinuerlig press i helse- og omsorgstjenestene for å løse utfordringene med en voksende gruppe eldre med mer komplekse sykdomsbilder. Dårlig økonomi i kommunene gjør at de må utvikle nye og smartere måter å arbeide og samhandle på (Eines et al., 2019).

3 Metode

I denne delen av oppgaven skal vi beskrive metoden vi har tatt i bruk for å samle inn data for å svare på problemstillingen.

3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt litteraturstudie som metode for innsamling av data. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Vi har gjort dette ved et systematisk søk der vi har samlet inn vitenskapelige artikler som rapporterer funn fra empirisk forskning, deretter

har vi gått kritisk gjennom den og til slutt sammenfattet det hele (Thidemann, 2019, s. 77). Denne metoden fungerer godt for å finne svar på vår problemstilling, da det er et komplekst og sammensatt tema. Det er en del forskning og litteratur som omhandler teamet. På bakgrunn av dette mener vi at litteraturstudie er best egnet for å finne svare på problemstillingen.

3.2 PICO

For å konkretisere problemstillingen har vi benyttet rammeverket PICO. Dette for å hjelpe med å konkretisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). For å finne synonymord til søkeordene har vi benyttet svemed+. Vi har brukt søkeordene og kombinert de med hverandre for å finne fram til artikler. I tillegg til søkeordene har vi brukt tilleggs søkeord for å konkretisere søket. Tabellen under viser hvordan vi har benyttet PICO-skjemaet.

Tabell 1: PICO

| PICO | Norske søkeord | Engelske søkeord |
|---|--|---|
| Population: | | |
| Diabetes mellitus type 2 | Diabetes mellitus type 2, Diabetes type 2 | Diabetes mellitus type 2, diabetes type 2. |
| Overvekt | Overvekt | Overweight, obesity. |
| Intervention: | | |
| Motivasjon | Motivasjon | Motivation |
| Comparison: Ikke brukt grunnet at vi ikke ønsker å sammenligne to type tiltak. | | |
| Outcome: | | |
| Livsstilsendring | Livsstilsendring | Lifestyle change, lifestyle. |
| Tilleggs søk: | | |
| Sykepleier | Sykepleier, helsepersonell. | Nurse, caregiver. |
| Hjemmesykepleien | Hjemmesykepleien, kommunehelsetjeneste | Home nursing, primary health care, home nursing. |
| Barrierer | Barrierer | Barriers |

3.3 Søkeprosess

Vi anvendte søkeordene i systematisk søking for å finne relevante forskningsartikler. Dette har vi gjort gjennom å søke i ulike databaser. Databasene vi har brukt er Academic Search Elite, MEDLINE og CINAHL. Disse databasene tar for seg artikler som er relevant for helse- og sosialfag. Gjennom søk i disse databasene fant vi 3 relevante artikler. Videre utførte vi manuelle søk i google scholar, der vi fant 5 artikler.

Vi avgrenset søket ved å ikke ha med diabetes type 1, svangerskapsdiabetes, samt barn og unge. Videre begrenset vi årstallet fra 2005-2021. Vi har ekskludert artikler som kun omhandler livsstilsendring uten sykepleiere sin funksjon. Dette er fordi vi ønsker å finne artikler som svarer konkret på vår problemstilling som inneholder sykepleierne og pasientene sine roller. Artikler som omhandlet motiverende intervju valgte vi også å ekskludere, da dette er et stort tema i seg selv. Vi gjør ytterlig rede for søkeprosessen og hvilke søkeord vi har benyttet for å finne fram til de ulike artiklene i vedlegg 1.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere og karakteriserer den litteraturen som har blitt funnet. Videre må det gjøre rede for hvilke kriterier som benyttes under utvelgelsen. Dette er for at leserne skal ta del i refleksjonen som vi har gjort oss og hvilke relevans og gyldighet litteraturen har (Dalland, 2020, s. 152).

For å vurdere artiklene har vi brukt IMRaD-strukturen og helsebibliotekets sjekklister. Ved IMRaD-strukturen har artiklene med introduksjon, metode og resultat som gir en god oversikt over hva formålet med artiklene er (Dalland, 2020, s. 157). Vi har også benyttet oss av helsebibliotekets ulike sjekklister som er ment som et verktøy for å kritisk vurdere artiklene. Vi har benyttet de ulike sjekklisterne ut ifra hvilke type studie artikkelen tar for seg. Mengden spørsmål varierer avhengig av hvilken sjekklister som benyttes. For hvert av underspørsmålene i de forskjellige sjekklisterne kan det krysses av for «ja», «nei» eller «uklart» (Helsebiblioteket, 2016). Vi har med kritisk vurdering krysset hovedsakelig av «ja» og et fåtall av spørsmålene «uklart» i de ulike sjekklisterne tilpasset våre funn.

Bartol, (2012) og Lakerveld et al., (2020) sine artikler oppfyller ikke IMRaD-strukturen. Artiklene har ikke med metodedelen da den ene artiklene er basert på personlige erfaring og den andre er en litteraturstudie. Videre avviker disse på noen av punktene utfra sjekklister ved at de ikke oppfyller alle kravene. Vi anser likevel artiklene som relevant og troverdig da forfatterne har skrevet andre artikler innenfor fagområdet. Artiklene er også sitert av andre. Dette gjør at vi likevel ønsker å bruke disse, da de er relevante for å svare på vår problemstilling.

3.4.1 Sterke og svake sider

En sterk side med artiklene er at de er hentet fra tidsskrifter som er fagfelleverderte. Noen av artiklene er av nyere dato, slik at vi får med oppdatert forskning. Ved å bruke et bredt spekter av nasjonaliteter får vi innsikt i ulike måter å løse utfordringer knyttet til problemstillingen (Dalland, 2020, s. 156–157). Vi har brukt både kvalitative og kvantitative studier. Dette for å få et helhetlig innblikk i både helsepersonell og pasienters erfaring, da begge parter har en stor rolle i hvordan sykepleiere kan motivere til livsstilsendring.

En svak side er at det er risiko for at vi kan ha mistolket innholdet som står på engelsk. De fleste artiklene er fra andre land. Dette kan gjøre at funnene i artiklene kan være basert på andre metoder enn det som benyttes i det norske helsevesenet. Det kan føre til at ikke alt er sammenlignbart. Det er derfor en mulighet for at sykepleierne har ulike roller ut ifra hvilke helsevesen de jobber i. Vi har brukt noen eldre artikler som gir mulighet for at forskningen ikke stemmer med dagens praksis. Vi ønsker likevel å ha det med, da det gir et bredere spekter.

3.5 Presentasjon av forskningsartikler

I tabellen under har vi laget en enkel oversikt over forskningsartiklene som vi skal anvende videre i oppgaven.

Tabell 2: Forskningsartikler

| Forfattere | Artikkelnavn | Studiemål | Metode | Omgivelser | Hovedtema |
|--------------------------|--|---|--|------------|---|
| (Hesseling et al., 2015) | “Effects of a lifestyle program in subjects with Impaired Fasting Glucose, a pragmatic cluster-randomized controlled trial”. | Ser på effekten av en enkel livsstilsendring. | En randomisert klinisk studie på 26 praksiser i primærhelsetjenesten i Nederland. Det inkluderte 366 deltakere som var eldre enn 45 år med ny diagnostisert med diabetes type 2 for å se på motivasjonen til å endre livsstil, men enkle tiltak. | Nederland | <ul style="list-style-type: none"> - Pasienter med minst en oppfølgingsmåling - Endringer i antropometriske og biokjemiske utfallsmål - Endringer i fysisk aktivitet, total og mettet fettinntak og motivasjon |
| (Bartol, 2012) | “Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner”. | Diskuterer rollen til sykepleier i å motivere og veilede pasienter med diabetes type 2 | Personlige erfaringer Klinisk studie | USA | <ul style="list-style-type: none"> - Pasienten sin verden - Ta tak i vanlige behandlingsrelaterte problemer - Livsstilsendringer - Egenkontroll av blodsukker - Orale legemidler - Injiserte legemidler - Økonomiske aspekter ved omsorg |
| (Oftedal et al., 2010) | “Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes”. | Rapport om hvordan voksne med diabetes type 2 opplever støtten som gis fra helsepersonell og hvordan det påvirker motivasjon til å håndtere sykdommen | Et kvalitativt design. Fokusgrupper med 19 voksne. | Norge | <ul style="list-style-type: none"> - Praktiske råd og informasjon - En empatisk tilnærming - Involvering i beslutningstaking - Nøyaktig og individualisert informasjon - Løpende gruppebasert støtte |
| (Jallinoja et al., 2007) | “The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses”. | Utforsker legers og sykepleiers syn på roller i håndteringen av livsstilsrelaterte sykdommer og faktorer. | Spørreskjema | Finland | <ul style="list-style-type: none"> - Barriere for behandling er pasienters utilstrekkelige kunnskap ved risikoen ved tilstandene - En sentral barriere ved behandling er pasienters manglende vilje til å endre livsstil - Pasienter skal tildeles ansvar for egenomsorg |

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|-----------|--|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Livsstilsendring er en sentral del av behandlingen - En dieter/avbryter trenger støtte fra helsepersonell |
| (Schmidt et al., 2020) | “Motivation and Barriers to Maintaining Lifestyle Changes in Patients with Type 2 Diabetes after an Intensive Lifestyle Intervention (The U-TURN Trial): A Longitudinal Qualitative Study”. | Hensikten med denne studien var å utforske og identifisere faktorer som påvirker motivasjon for å opprettholde livsstilsendringer hos pasienter med diabetes type 2. | Kvalitativ studie med individuelle intervju etter livsstilsintervensjon | Danmark | <ul style="list-style-type: none"> - Sosial støtte og tilknytning - Oppnåelse av resultater - Støtte fra helsepersonell - Identifisering med og aksept for den nye livsstilen - Mestring av pågående utfordringer |
| (Jansink et al., 2010) | “Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis”. | Hvilke barrierer sykepleiere møter i livsstils-veiledning | Kvalitativ studie 12 dybde intervju med sykepleiere involvert i diabetes behandling | Nederland | <ul style="list-style-type: none"> - Kjennetegn på primærsykepleie - Barrierer for livsstilsrådgivning i diabetesomsorgen på sykepleiernivå, pasientnivå og praksisnivå |
| (Du Pon et al., 2019) | “Active participation of patients with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses – what helps and what hinders”. | Hensikten med studiet er å identifisere faktorer som hjelper eller hindrer diabetes type 2 pasienter til å delta aktivt i behandling og samtale med helsepersonell | Kvalitativ studie. Det ble benyttet Semistrukturertefokusgrupper og individuelle intervjuer | Nederland | <ul style="list-style-type: none"> - Faktorer som hjelper med aktiv deltakelse - Faktorer som hindrer aktiv deltakelse |
| (Lakerveld et al., 2020) | “Motivation: key to a healthy lifestyle in people with diabetes? Current and emerging knowledge and applications”. | I denne artikkelen blir motivasjon i forhold til livsstilsatferd hos personer med diabetes eller risiko for det analysert. | Analyse og refleksjon over nåværende og ny kunnskap. Gjennomgang av litteratur og rammeverk. | England | <ul style="list-style-type: none"> - Kortikalt nettverk av kostholdatferd og motivasjon - Bevis for involvering av utøvende funksjoner kontroll av kostholds atferd - Nevro-kognitive mekanismer for appetittkontroll - Selvbestemmelsesteori - Sosial kognitiv teori - Følelse av mestringsevne |

4 Analyse og funn

I denne delen av oppgaven skal vi ta for oss hvordan vi har analysert artiklene. Videre tar vi for oss hva funnene forteller, som vi senere skal anvende i oppgaven for å finne svar på problemstillingen.

4.1 Analyse

For å finne fram til funnene i artiklene har vi analysert artiklene sammen og hver for oss. Deretter har vi diskutert innholdet i fellesskap. Dette for å være sikker på at vi har forstått innholdet og at metoden er riktig. Vi har vært enig i at artiklene er gode og kan anvendes videre i oppgaven. Under analysen fant vi ut at mange av artiklene hadde like resultater. Dette ga oss en bekreftelse på at funnene er reelle.

4.2 Funn

I denne delen av oppgaven presenterer vi de funnene som vi anser som de viktigste for å svare på vår problemstilling. Vi samler funnene på tvers av hverandre, da vi mener de kommer tydeligere fram på denne måten. Med bakgrunn i dette ser vi først nærmere på hva som påvirker motivasjonen for livsstilsendring. Videre ser vi på sykepleieren sin veiledende rolle i møte med pasienten. Deretter ser vi på pasienten sitt ansvar i livsstilsendringen. Til slutt hvilke barrierer som kan påvirke motivasjonen.

4.2.1 Motivasjon til livsstilsendring

Livsstilsendringer slik som økt fysisk aktivitet og endring av kostholdsvaner er en sentral del av behandlingen for diabetes type 2. Dette blir sett på som hoved-metoden for å overvinne diabetes type 2 epidemien (Jallinoja et al., 2007; Schmidt et al., 2020). Det ser og ut til å være effektivt for å forhindre utviklingen av diabetes og viktig for å forhindre senkomplikasjoner (Hesselink et al., 2015; Schmidt et al., 2020). Motivasjon spiller en stor rolle for å få en sunnere livsstil (Lakerveld et al., 2020). Pasientene må ta del i prosessen ved å lage realistiske mål slik at det fremmes individuelle behov og forventinger hos pasienten. Pasientene må ha tro på egne evner for å bli motivert til å endre livsstil (Bartol, 2012; Jansink et al., 2010). I studien til Schmidt et al., (2020) viser de til at flere av pasientene ble motivert av å slippe å ta medikamenter og i tillegg vite at de får et bedre og lengre liv. Pasientene

opplevde fysiologiske og psykologiske endringer. Kun 7% av voksne med diabetes oppnådde optimal metabolsk kontroll som er ideelt for å forebygge komplikasjoner. Manglende motivasjon ser ut til å være en hovedårsak til dårlig diabeteshåndtering (Oftedal et al., 2010). Livet med diabetes krever dedikasjon og det er viktig å erkjenne at små livsstilsjusteringer kan ha en positiv innvirkning på pasientens helse (Schmidt et al., 2020). Det opplyses i studien til Lakerveld et al., (2020) at sykepleiere kan bruke «trusler» som for eksempel senkomplikasjoner for å fremme motivasjon til livsstilsendring.

4.2.2 Sykepleieren sin veiledende rolle

Sykepleiere har en nøkkelrolle til å bidra i å motivere. De har en rådgivningsbasert og veiledende rolle i møte med pasienter for å fremme livsstilsendring (Bartol, 2012; Jansink et al., 2010). Sykepleierne må sikre seg nok kompetanse for å kunne veilede og informere pasienter for å kunne motivere de til livsstilsendring (Schmidt et al., 2020). Sykepleiere er en sentral aktør i helsevesenet og er uvurderlige når det gjelder å hjelpe pasienter med å forstå diabetes, motivere dem til å eie sykdommen sin, tilby veiledning og oppmuntring og ta opp spørsmål om behandlingsalternativ (Bartol, 2012). Støtte fra helsepersonell er avgjørende for å påvirke motivasjonen til å håndtere sykdommen. Støtten gitt av helsepersonell vises å være empati. Empati ble sett på som forståelse, lytting og en helhetlig tilnærming. En empatisk tilnærming ga pasientene følelse av tillit (Oftedal et al., 2010). Tillit og kommunikasjon er viktige faktorer for godt samarbeid (Du Pon et al., 2019). Ved hjelp av støtte, kunnskap og informasjon følte pasientene seg tryggere. Det er viktig å se hver enkeltes evner og behov (Schmidt et al., 2020). Mangel på kunnskap og informasjon fra sykepleierne kan føre til mistillit, da det kan føre til ineffektiv og upersonlig rådgivning (Jallinoja et al., 2007; Oftedal et al., 2010). I studien til Jansink et al., (2010) blir det opplyst at noen av sykepleierne mener at pasienter må ta mer ansvar for livsstilsrelaterte beslutninger.

4.2.3 Pasienten sitt ansvar i livsstilsendringen

Pasientene må håndtere diabetes type 2 på daglig basis gjennom ulike livsstilsvalg (Bartol, 2012). For at pasientene skal klare å håndtere hverdagen med sykdommen trenger pasienten kunnskap, motivasjon, selvtillit og ferdigheter (Lakerveld et al., 2020; Schmidt et al., 2020). I flere av studiene kommer det fram at noen av deltakerne ikke tar sykdommen

sin på alvor og utsetter livsstilsendringene til diabetes-relaterte komplikasjoner dukker opp (Du Pon et al., 2019; Hesselink et al., 2015; Schmidt et al., 2020). Det er viktig at pasienter bevarer sin autonomi gjennom å ta del i sin behandling. Kompetanse, autonomi og tilhørighet er grunnleggende behov som må tilfredsstilles for å sikre normal utvikling, integritet, trivsel og motivasjon (Lakerveld et al., 2020; Schmidt et al., 2020). Pasientsentrert behandling som tar sikte på empowerment er sentralt. Pasient-sentrert omsorg har vist seg å forbedre kliniske, psykososiale og atferdsmessige utfall (Du Pon et al., 2019).

Selvbehandling av kronisk sykdom har blitt pasientens ansvar. De viktigste valgene når det kommer til egen helse er det pasienten som avgjør og ikke helsepersonell. Suksessen for livsstils veiledning avhenger ikke kun av sykepleieren, men også av pasienten sin utholdenhet, sinn, holdninger og betingelser for praksis (Jansink et al., 2010). Mange pasienter synes tilbud om fokusgrupper er nyttig. Dette gjør at pasientene kan dele erfaringer, frykt og frustrasjoner (Oftedal et al., 2010). Pasientene sin manglende vilje og kunnskap har vist seg å være barrierer for behandlingen (Jallinoja et al., 2007). Mangel på energi, personlige problemer, høye forventninger og fravær kan også påvirke motivasjonen i negativ retning (Schmidt et al., 2020).

4.2.4 Barrierer som påvirker motivasjon

Endring av livsstil fører ikke umiddelbart til resultater. Dette kan gjøre at pasientene mister motivasjon som kan føre til tilbakefall til usunne livsstilsvaner (Jansink et al., 2010).

Sykepleierne har begrenset kapasitet til å motivere til livsstilsendring, som fører til at ikke alle pasienter får den oppfølgingen de trenger. Dårlig oppfølging kan reflektere deltakernes dårlige motivasjon og vilje til å endre livsstil. Det kommer også fram at intensiv oppfølging ved livsstilsendring var bedre enn langtidsoppfølging, men at intensiv oppfølging var mindre kostnadseffektiv. Videre påpeker studien at sykepleiere ikke gir tilstrekkelig støtte grunnet økonomiske og bemanningsmessige begrensninger (Hesselink et al., 2015). Det blir også vist at sykepleiere har tidsklemme og har det for hektisk til å sette seg nok inn i pasientens livssituasjon (Du Pon et al., 2019; Jallinoja et al., 2007). Mangel på tid og ferdigheter om livsstilsendring gjør at det er vanskelig for sykepleiere å være tålmodig og lytte. For å drive en rådgivningsbasert tilnærming er det viktig med nok kunnskap for å formidle informasjon om diabetes, behandling og senkomplikasjoner (Jansink et al., 2010).

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte hvordan sykepleiere kan bidra til å motivere til livsstilsendring hos pasienter med overvekt og diabetes type 2. Dette ved å sette sammen teori, forskning, egne refleksjoner og erfaringer. Vi drøfter først hvilke faktorer som påvirker livsstilsendringen som behandling. Deretter hvilke ansvar sykepleiere har for å motivere pasienten til livsstilsendring. Videre hvilken betydning pasienten har i prosessen. Til slutt drøfter vi hvilke barrierer som kan påvirke prosessen til livsstilsendring.

5.1 Livsstilsendring som behandling

Det viser seg at overvekt, fysisk inaktivitet og usunne livsstilsvaner er faktorer som kan være med å utløse diabetes type 2 (Diabetesforbundet, 2021d). For å behandle sykdommen blir derfor livsstilsendring i form av fysisk aktivitet, vektnedgang og sunne kostholdsvaner sentralt. Dette blir sett på som hovedmetoden for å overvinne diabetes type 2 epidemien (Jallinoja et al., 2007; Schmidt et al., 2020). Vi har derimot erfart at det er større fokus på den medikamentelle behandlingsmetoden. Imidlertid viser studien til Oftedal et al., (2010) at kun 7 % av voksne med diabetes oppnådde metabolsk kontroll ved medikamentell behandling. Samtidig viser helsedirektoratet at fysisk aktivitet, vektnedgang og et sunnere kosthold vil være dobbelt så effektivt som medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2020). Vi kan med bakgrunn i dette hevde at livsstilsendring som behandling i kampen mot epidemien trolig vil skåne både pasienten og helsevesenet i framtiden.

På den andre siden ser vi at livsstilsendring er langvarig og tidskrevende prosess som krever motivasjon til varig endring av levevaner. Det er ikke alltid lett for pasienten å oppnå disse endringene på egenhånd. Sykepleiere må derfor hjelpe pasientene til å utforske måter som kan bidra til å endre livsstil (Helsedirektoratet, 2019b). Motivasjon viser seg å være det som gir energi til livsstilsendring (Stenbakken, 2014). Drivkraften ved motivasjon kommer av indre og ytre faktorer. Indre motivasjon er av våre egne interesser og nysgjerrighet, mens ytre motivasjon kommer fra omgivelsene (Rosland, 2018). For å endre livsstil må pasienten selv se behovet og være motivert for endring (Stubberud & Mosand, 2016, s. 73). For å oppnå dette kreves det dedikasjon fra pasienten som må prøve å erkjenne at små livsstilsjusteringer kan ha en positiv innvirkning på helsen (Schmidt et al., 2020).

Forskning antyder at motivasjonsproblemer er den viktigste årsaken til dårlig diabetes behandling (Oftedal et al., 2010). Det er likevel mange av pasientene som er klar over at livsstilsendring er nødvendig, men har enda ikke funnet nok motivasjon til å gjennomføre endringene. Det blir derfor viktig at sykepleierne har nok kunnskap, og dermed kan fortelle om fordelene ved livsstilsendring. Fordelene kan være redusert medikamentell bruk, unngå senkomplikasjoner og gi økt velvære. For å fremme motivasjon kan ulike verktøy være nyttig for å hjelpe pasientene med å nå målene for livsstilsendring. Dette kan føre til mestring, som kan opprettholde motivasjonen til pasientene (Bartol, 2012). Det blir derfor viktig med god planlegging, sette realistiske mål og vite hvor lyst pasienten har til å nå målet (Bartol, 2012; Jansink et al., 2010).

Pasienten må bli involvert i prosessen ved å lage realistiske mål for å fremme individuelle behov og forventninger hos pasienten. Sykepleieren må derfor ha fokus på pasienten sitt liv som helhet og ikke kun behandlingen (Bartol, 2012; Jansink et al., 2010). Vurderingen innebærer å se på jobb-, familie- og relasjonssituasjonen til pasienten, da dette kan innvirke på pasientens syn og holdninger til livsstilsendringen. Disse områdene må derfor behandles før en kan begynne med en diabetesbehandlingsplan. Det blir derfor like viktig å finne ut hvilke utfordringer pasienten har, slik at det blir lettere for sykepleieren å forstå hva som er viktigst i øyeblikket, som senere kan bidra til de ønskede resultatene (Bartol, 2012).

På den andre siden ser vi i flere av studiene at de ønskede resultatene kan være utfordrende å oppnå, da noen av pasientene ikke tok sykdommen sin på alvor og utsatte livsstilsendringer til diabetes-relaterte komplikasjoner dukket opp (Du Pon et al., 2019; Hesselink et al., 2015; Schmidt et al., 2020). Ut ifra dette har vi erfart at pasienter blir motivert av ulike faktorer og at det i stor grad varierer hvor lyst pasientene har til å endre livsstil. Det blir derfor viktig at sykepleierne kartlegger hver pasient og tar hensyn til at alle har ulike utgangspunkt samt grad av motivasjon. Dette for å ikke sette urealistiske mål som kan påvirke motivasjonen i negativ retning.

Videre kommer det fram i studien til Schmidt et al., (2020) at pasientene ble mer motivert av å slippe å ta medikamenter og i tillegg vite at de fikk et bedre og lengre liv. Pasientene

opplevde med det både fysiologiske og psykologiske endringer. Gjennom de fysiologiske endringene innebærer det også at pasientene må være mer fysisk aktiv. Fysisk aktivitet gjør kroppen mer følsom for insulin, dette ved at sukkeret lettere blir brukt opp. Fysisk aktivitet kan også øke forbrenningen, som kan bidra til vektreduksjon. Kostholdsendring kan også bidra til vektreduksjon, samt bidra til å holde blodsukkeret stabilt.

Videre kan vektreduksjon hos noen bidra til bedre selvfølelse og livskvalitet (Diabetesforbundet, 2021b). Fysisk aktivitet og et sunt kosthold kan videre også bidra til en bedre psykisk helse gjennom økt velvære og trivsel (Selle, 2002, s. 102–103). På den andre siden ser vi at den psykiske helsen kan påvirkes negativt da noen pasienter kan kjenne på skyld og skam, dersom de tenker at levevaner er årsaken til sykdommen. Skyldfølelse er dog et dårlig utgangspunkt for endring, men en positiv innstilling vil derimot kunne skape god motivasjon (Diabetesforbundet, 2021c). Ut ifra dette kan det hevdes at fysisk og psykisk helse har en sammenheng og påvirker hverandre. Det viser seg at det varierer i hvor stor grad det er ønskelig å endre livsstilen. Dette gjør at det er viktig å vite hvilke ståsteder pasientene har, da alle har forskjellig utgangspunkt.

5.2 Sykepleieren sitt ansvar

I studiene til både Bartol, (2012) og Jansink et al., (2010) kommer det fram at sykepleierne har en nøkkelrolle i å motivere til livsstilsendring. For å motivere pasienten blir det viktig å ha en rådgivningsbasert og veiledende rolle. Sykepleierne må derfor ha relevant fagkunnskap uavhengig av hvor møtet med pasienten foregår. For å imøtekomme denne rollen må sykepleierne derfor ha nok kunnskap om sykdom og behandling, hvordan pasienten kan oppleve situasjonen, og hvordan kommunisere med pasienten på en hensiktsmessig måte. Med bakgrunn i dette har vi erfart at kommunikasjon og kunnskap er svært viktig for å imøtekomme pasientens individuelle evner og behov. For å imøtekomme pasientsituasjonen må sykepleierne ha et åpent sinn. Samtidig må de ha innsikt i pasientens situasjon, slik at de kan tilpasse kommunikasjonen til behovene og ønskene (Hestvold, 2018, s. 119). Vi har ut ifra dette erfart at god kommunikasjon kan bidra til å forstå pasientens behov, og med det ha en mer helhetlig tilnærming til pasienten. På den andre siden ser vi derimot at mangel på kunnskap og informasjon kan resultere i mistillit da det kan føre til ineffektiv og upersonlig rådgivning (Jallinoja et al., 2007; Oftedal et al.,

2010). Sykepleiere må derfor sikre seg nok kompetanse for å veilede og informere pasienter for å kunne motivere dem til livsstilsendring (Schmidt et al., 2020).

Sykepleierne i hjemmesykepleien møter likevel ofte pasienter som er ekspert på sin sykdom, men også pasienter som er ukjent med hva sykdommen innebærer og som derfor trenger hjelp til å mestre livssituasjonen (Fjørtoft, 2006, s. 49). For å imøtekomme pasientene er det viktig å skape gode og langvarige relasjoner. Det er sykepleieren sin oppgave å skape en god relasjon (Hestvold, 2018, s. 119). For å oppnå en god relasjon er det viktig å vite at enhver pasient er unik, og det er derfor nødvendig å tilpasse seg hver enkelt (Heyn, 2018, s. 18–19). Imidlertid kan dette by på utfordringer da det særegne med hjemmesykepleien er at oppgavene blir utført i hjemmet, som for mange er personlig og privat. Sykepleierne må derfor ha respekt og være ydmyk overfor hjemmet til pasienten (Fjørtoft, 2006, s. 31).

I studien til Oftedal et al., (2010) er støtte fra helsepersonell er en avgjørende faktor ved tilrettelegging og motivering i hjemmet. Videre vises støtte å være empati. For å kunne utøve empati er det viktig å leve seg inn i pasienten sin situasjon og opplevelser uten at sykepleierne overidentifiserer seg med det som blir fortalt. For å ha en empatisk tilnærming i samhandling med pasienten må derfor sykepleiere vike plassen, og gi pasienten hovedrollen (Hestvold, 2018, s. 145). Videre i studien til Oftedal et al., (2010) ble empati sett på som forståelse, lytting og en helhetlig tilnærming. En empatisk tilnærming ga pasientene følelse av tillit som gjør at pasientene kan åpne seg. Tillit kan dermed føre til et bedre grunnlag for kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren (Heyn, 2018, s. 23). Vi ser igjen i studien til Du Pon et al., (2019) at tillit og kommunikasjon er viktige faktorer for et godt samarbeid. Vi har imidlertid opplevd at tillit ikke alltid er enkelt å bygge. Dette grunnet at sykepleierne kan ha for lite kunnskap og informasjon om livsstilsendring for å imøtekomme behovet til pasienten. Vi ser dog at tillit er svært viktig for å skape en god relasjon, og ut ifra dette kunne motivere og hjelpe pasienten til å mestre sykdommen på egenhånd (Selle, 2002, s. 107).

5.3 Pasienten i sentrum

Pasientene må gjennom ulike livsstils-valg lære hvordan de kan håndtere hverdagen med diabetes type 2 (Lakerveld et al., 2020). De trenger derfor nok kunnskap, motivasjon,

selvtillit og ferdigheter (Tveiten, 2018, s. 242). Pasienten kjenner seg selv best og vet hva som motiverer til livsstilsendring (Jallinoja et al., 2007). Likevel trenger noen pasienter støtte og veiledning i hverdagen for å håndtere sykdommen. Å få oppfølging av helsepersonell gjør at de aktivt kan delta, stille spørsmål og uttrykke bekymringer (Du Pon et al., 2019). Dette kan bidra til økt forståelse om sykdommen. Sykepleiere er eksperter på det faglige området mens pasientene er ekspert på seg selv og sitt eget liv (Tveiten, 2018, s. 242). Det å bli diagnostisert med diabetes type 2 er en stor del av behandlingen og må tilpasses hver enkelt. Dermed blir pasienten sentral i sin egen behandling (Schmidt et al., 2020). Med bakgrunn i dette er det viktig å bevare autonomien til pasientene slik at de kan ta del i sin egen behandling i størst mulig grad (Lakerveld et al., 2020; Schmidt et al., 2020). Dette vises igjen i studien til Jallinoja et al., (2007) der de påpeker at de viktigste valgene når det kommer til egen helse er det pasienten som tar og ikke helsepersonell. Pasientsentrert behandling som tar sikte på empowerment er derfor sentralt. Dette omhandler å ta mest mulig kontroll over egen helse, som bør fremmes i situasjoner som preges av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner (Tveiten, 2018, s. 239–240).

Det er likevel viktig at sykepleiere holder seg faglig oppdatert for å kunne gi konkret og riktig informasjon, samt å tilpasse pasientens individuelle behov og forventninger i livsstilsendringen (Bartol, 2012). Likevel ser vi i studien til Jansink et al., (2010) at noen av sykepleierne mener at pasientene må ta mer ansvar for livsstilsrelaterte beslutninger. Ut ifra dette ser vi at suksessen for livsstilsendring ikke kun avhenger av sykepleiere, men og av pasienten. Pasienten sin utholdenhet, holdninger, manglende vilje og kunnskap kan være barrierer for livsstilsendring (Jallinoja et al., 2007; Jansink et al., 2010). Videre kan også mangel på energi, personlige problemer, høye forventninger og fravær påvirke motivasjonen i negativ retning (Schmidt et al., 2020). Det er viktig å huske på at endring av livsstil ikke umiddelbart fører til positive resultater. Dette kan føre til at noen mister motivasjonen og faller tilbake til usunne livsstilsvaner (Jansink et al., 2010). En viktig del av å opprettholde motivasjonen er å føle på mestring. En årsak til dette er at mestring er knyttet til individets evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overstiger de hverdagslige utfordringene (Renolen, 2008, s. 166). Sykepleiere kan derfor bidra til at pasientene føler på mestring, for å unngå at motivasjonen forsvinner. For å unngå at motivasjonen forsvinner kan sykepleiere minne pasientene på årsaken til hvorfor de ønsket endring i utgangspunktet.

Dersom pasienten ønsker å oppnå målet nok, vil motivasjonen komme (Schmidt et al., 2020).

Videre ser vi i studien til Oftedal et al., (2010) at noen pasienter ble mer motivert ved å delta i fokusgrupper. Gjennom dette fikk pasientene dele erfaringer, frykt og frustrasjoner med andre i samme situasjon. Det kan bidra til at pasientene ikke føler seg alene i og håndtere sykdommen. Det vil derfor trolig være nyttig å belyse om tilbudet som finnes i kommunene, da noen kan ha nytte av å få annen oppfølging enn kun veiledning fra sykepleierne i hjemmesykepleien. Livsstilsendring er et komplekst og stort tema som kan kreve et tverrfaglig samarbeid. Det er pasientens tilstand som skal avgjøre hvem i helsepersonellet den trenger mest hjelp av. Behovet kan en dag kreve mest hjelp fra legen, neste dag fysioterapeut, mens en annen dag sykepleier. Det er derfor viktig at sykepleieren skaper et godt samarbeid med de andre tjenestene slik at pasienten alltid står i sentrum (Mathisen, 2015, s. 139–140).

5.4 Barrierer ved livsstilsendring

Sykepleiere er en sentral aktør i dagens helsevesen. De er uvurderlige når det gjelder å hjelpe pasienter med å forstå diabetes. Videre blir det derfor viktig å motivere de til å eie sykdommen, tilby veiledning, oppmuntring og ta opp spørsmål om behandlingsalternativ (Bartol, 2012). Det kan derimot være utfordrende å imøtekomme disse behovene da hverdagen i hjemmesykepleien er hektisk. Det stilles mange krav til sykepleierne og pasientene har ulike behov. Tiden kan derfor føles for liten til å imøtekomme hver enkelt pasient sine behov (Fjørtoft, 2006, s. 164). Derav har sykepleierne begrenset kapasitet til å motivere til livsstilsendring, som fører til at ikke alle får den oppfølgingen de trenger. Videre hevder Hesselink et al., (2015) at årsaken til at sykepleiere ikke har nok tid og kunnskap til å gi tilstrekkelig støtte er grunnet økonomiske og bemanningsmessige begrensninger. Dette kan føre til dårligere oppfølging og støtte fra sykepleierne som igjen kan bidra til dårligere motivasjon og vilje hos pasienten til å endre livsstil. Jansink et al., (2010) påpeker at nok tid og ferdigheter er avgjørende for at sykepleiere skal være tålmodig og lytte. Tid og ferdigheter er derfor viktig for å kunne gi god omsorg tilpasset hver enkelt pasient (Fjørtoft, 2006, s. 164). Jansink et al., (2010) påpeker videre at det er viktig å drive en

rådgivningsbasert tilnærming for å formidle nok kunnskap og informasjon om sykdommen, behandlingen og konsekvenser.

Hjemmesykepleien har i dag en sentral plass i helsetjenestetilbudet og en økende andel av helsetjenestene skjer nå utenfor institusjon (Fjørtoft, 2006, s. 18). Vi anser det derfor som svært viktig å øke kunnskapen framover om livsstilsendring som behandling, da vi har erfart at det er muligens for lite fokus på dette i dag. Vi ser likevel at det er et kontinuerlig press i helse- og omsorgstjenestene for å løse utfordringene med en voksende gruppe eldre med mer komplekse sykdomsbilder. Dårlig økonomi i kommunene gjør at det må utvikles nye og smartere måter å arbeide og samhandle på (Eines et al., 2019). Vi ønsker derfor å sette lys på å øke kunnskapen om livsstilsendring som behandling, samt øke og, eller effektivisere bemanningen i kommunene. Dette for at det heller kan fokuseres på å fremme helse, framfor å behandle sykdom i framtiden.

6 Konklusjon

Vi har gjennom teori, funn og drøfting sett at sykepleiere har en viktig rolle i motivasjonsarbeidet ved livsstilsendring hos overvektige pasienter med diabetes type 2. En veiledende sykepleierrolle kommer tydelig fram. For å kunne veilede pasienten er det viktig at det dannes en god relasjon basert på empati, tillit, faglig kunnskap og god kommunikasjon. Dette skapes over en lengre periode, og nok tid sammen med pasienten er viktig for å oppnå en god relasjon. Det kommer likevel fram at den viktigste personen i arbeidet mot livsstilsendring er pasienten selv. Empowerment kommer tydelig fram som en viktig del av dette, og bygger på selvbestemmelse og autonomi. Sykepleiere må huske at pasienten kjenner seg selv best og det er derfor viktig at de tar størst mulig del i prosessen. Prosessen kan være lang og krever mye arbeid for pasienten selv, men også fra helsepersonell. Det er viktig med et tverrfagligsamarbeid, da livsstilsendring er et komplekst tema. Dette krever derfor et godt samarbeid med de andre tjenestene, for at pasienten skal få et best mulig behandlingstilbud. Vi har sett at livsstilsendring som behandling muligens er lagt for lite vekt på i hjemmesykepleien, da svært mange kun får hjelp til medikamentell behandling. Vi setter derfor lys på livsstilsendring som behandling, da den viser seg å være dobbel så effektiv som medikamentell behandling. Det vil være en økende andel som vil ha

behov for helsehjelp i hjemmet, og med det trolig også denne pasientgruppen. For å kunne imøtekomme dette behovet kreves det økt bemanning slik at helsepersonellet har bedre tid hos hver enkelt pasient. Samt ha tid til å ivareta alle pasientene. Et viktig poeng kan være å effektivisere tiden inne hos pasientene dersom det ikke er mulig å øke bemanningen i kommunen. I tillegg kreves det mer kunnskap om livsstilsendring som behandling, slik at sykepleierne kan imøtekomme pasienten sitt behov for veiledning. Dette anser vi som nødvendig da helsegevinsten vil være enormt stor for pasienten. Dette vil også trolig resultere i færre antall pasienter med diabetes type 2, som igjen kan føre til mindre belastning på helsevesenet i fremtiden.

7 Litteraturliste

Bartol, T. (2012). Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner: Patient experience in type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 270–276. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00722.x>

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

Diabetesforbundet. (2021a, 11. mars). *Hos legen og på kontroll* | Diabetesforbundet. Diabetes.no. [https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/nar-du-far-diagnosen/?_t_id=sHiK0zMN LfbXCZ00iLq8dg%3d%3d&_t_uuid=DQ4EBokX RXqP0ffFu BI7W Q &_t_q=diagnosen&_t_tags=language%3ano%2csiteid%3af9d62586-0f79-46a7-96b7bad4fff47433%2candquerymatch&_t_hit.id=Diabetes forbundet_Web_Features2020_AcademicArticle_AcademicArticlePage/_e66ae6e0-a049-4196-b964-7e178011ca1d_no&_t_hit.pos=4](https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/nar-du-far-diagnosen/?_t_id=sHiK0zMN LfbXCZ00iLq8dg%3d%3d&_t_uuid=DQ4EBokX RXqP0ffFu BI7W Q &_t_q=diagnosen&_t_tags=language%3ano%2csiteid%3af9d62586-0f79-46a7-96b7bad4fff47433%2candquerymatch&_t_hit.id=Diabetes+forbundet_Web_Features2020_AcademicArticle_AcademicArticlePage/_e66ae6e0-a049-4196-b964-7e178011ca1d_no&_t_hit.pos=4)

Diabetesforbundet. (2021b, 11. mars). *Sunt kosthold og aktivitet*. Diabetes.no. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/sunt-kosthold-og-aktivitet/>

Diabetesforbundet. (2021c, 11. mars). *Å mestre diagnosen*. Diabetes.no. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/a-mestre-diagnosen/>

Diabetesforbundet. (2021d, 11. mars). *Årsaker og risiko for diabetes type 2*. Diabetes.no. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/arsaker-og-risiko/>

Diabetesforbundet. (2021e, 11. mars). *Årsaker til diabetes*. Diabetes.no. <https://www.diabetes.no/hva-er-diabetes/arsaker-til-diabetes/>

Du Pon, E., Wildeboer, A. T., Van Dooren, A. A., Bilo, H. J. G., Kleefstra, N. & Van Dulmen, S. (2019). Active participation of patients with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses – what helps and what hinders: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 814. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-45>

72-5

- Eines, T. F., Rødal, J. H., Sandsmark, M. & Grønvik, C. K. U. (2019, 31. oktober). *Tverrfaglig samarbeid ivaretar hjemmeboende multisyke pasienter bedre*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/tverrfaglig-samarbeid-ivaretar-hjemmeboende-multisyke-pasienter-bedre>
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie—Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2019a, 2. januar). *Så aktiv må du være*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/rad-om-fysisk-aktivitet/>
- Helsedirektoratet. (2019b, 31. januar). *Gå ned i vekt og hold vekta*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/unnga-overvekt/>
- Helsedirektoratet. (2020, 22. oktober). *Diabetes type 2*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-2/>
- Hesselink, A. E., Rutten, G. E. H., Sloopmaker, S. M., de Weerd, I., Raaijmakers, L. G. M., Jonkers, R., Martens, M. K. & Bilo, H. J. G. (2015). Effects of a lifestyle program in subjects with Impaired Fasting Glucose, a pragmatic cluster-randomized controlled trial. *BMJ Family Practice*, 16(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0394-7>
- Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118–157). Gyldendal.
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13–29). Gyldendal. Jacobsen, E. L. & Bye, A. (2015). Ernæring. I Ellen Karin Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 619–668). Cappelen Damm Akademisk.

- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244–249. <https://doi.org/10.1080/02813430701691778>
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-41>
- Lakerveld, J., Palmeira, A. L., Duinkerken, E., Whitelock, V., Peyrot, M. & Nouwen, A. (2020). Motivation: Key to a healthy lifestyle in people with diabetes? Current and emerging knowledge and applications. *Diabetic Medicine*, dme.14228. <https://doi.org/10.1111/dme.14228>
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I Ellen Karine Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggen de kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 119–141). Cappelen Damm Akademisk.
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes: Healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500–1509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker—Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Rosland, K. (2018, 20. mars). *Hva er motivasjon?* ndla.no. <https://ndla.no/nb/subject:1:f18ad41e-d9c3-4428-8cb6-5eb852e45082/topic:1:7df2950d-3af9-462e-b27fcf3df147eaa3/topic:1:e9752b8b-86df-4414-888c-2cc3adf041c8/resource:1:85354>
- Schmidt, S. K., Hemmestad, L., MacDonald, C. S., Langberg, H. & Valentiner, L.S. (2020). Motivation and Barriers to Maintaining Lifestyle Changes in Patients with Type 2

Diabetes after an Intensive Lifestyle Intervention (The U-TURN Trial): A Longitudinal Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7454. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207454>

Selle, H. (2002). Opplæring av voksne med diabetes—Bruk av sjekklister. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes—Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (s. 96–107). Akribes Forlag.

Stenbakken, C. (2014, 30. september). *Motivasjon*. LHL. <https://www.lhl.no/gardermoen/hjerteloftet/livsstilsendring/motivasjon/>

Stene, L. C. M. & Gulseth, H. L. (2021, 31. mai). *Diabetes i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>

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

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjons boken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget. Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utg.). Gyldendal.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (2. utg., s. 237–258). Fagbokforlaget.

Vaaler, S. & Møinichen, T. (2014). Hvorfor får man type 2-diabetes? I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabetes håndboken* (4. utg., s. 53–56). Gyldendal Akademisk.

World Health Organization. (u.å.). *Diabetes*. WHO. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/diabetes>

Åsvold, B. O. (2021, 8. august). Diabetes type 2. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.sn>

.no/diabetes_type_2

Vedlegg

Vedlegg 1: søkeprosess

| Søkeord | Hvilke sted og hvor mange artikler | Forskningsartikkel funnet/brukt |
|---|---|---------------------------------|
| Overweight OR obesity. AND Nurse. AND Lifestyle OR lifestyle change. AND Primary health care. AND Diabetes type 2 OR diabetes mellitus type 2. AND Barriers | Academic Search Elite 19 funn | (Hesselink et al., 2015) |
| Motivation Nurse Diabetes type 2 Overweight | Google scholar 39 200 funn | (Bartol, 2012) |
| Motivation Nurse Diabetes type 2 Overweight | Google scholar Beslektet artikkel: 101 funn | (Oftedal et al., 2010) |
| Overweight Motivation Nurse Lifestyle change Home nursing | Google scholar 17 500 funn, avgrensning til etter 2017. | (Jallinoja et al., 2007) |
| Overweight Motivation Nurse Lifestyle change Barriers Primary health care | Google scholar 17 400 funn, med avgrensning til etter 2017 | (Schmidt et al., 2020) |
| Overweight OR obesity AND Motivation AND Nurse Lifestyle change OR lifestyle AND Barriers | Academic search elite 25 funn | (Jansink et al., 2010) |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| Motivation AND Diabetes type 2 OR diabetes mellitus type 2 AND Lifestyle change | Academic search elite 175 funn | (Du Pon et al., 2019) |
| Motivation Lifestyle change Diabetes mellitus type 2 Overweight | Google scholar 17 200 funn, med avgrensning til etter 2020 | (Lakerveld et al., 2020) |



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 09-12-2021 09:00 | Termin: | 2021 HØST |
| Sluttdato: | 13-12-2021 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave i sjukepleie | Studiepoeng: | 15 |
| Flowkode: | 203 SK152 1 O 2021 HØST | | |
| Intern sensor: | Ole Tormod Kleiven | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 350 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7993 |
|----------------------|------|

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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: 4
Andre medlemmer i
gruppen: 302

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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