



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl. 14.00

Kandidatnr.: 69

Antall ord: 8975

# **Veiledning til livsstilsendring ved dårlig regulert diabetes type 2**

**Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling for helsefag**

**Bachelorutdanningen i sykepleie, kull 2012**

**Antall ord: 8975**

## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn for valg av tema:** Diabetes type 2 er et økende problem i hele verden. Personer som ikke følger anbefalinger om livsstil står i fare for å utvikle alvorlige komplikasjoner. Det er viktig for denne pasientgruppen at sykepleiere har god nok kunnskap om hva som kan bidra til en endring av levevaner.

**Problemstilling:** Hvordan motivere pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 til livsstilsendring?

**Hensikt:** Å belyse hvilke metoder sykepleier kan ta i bruk for at pasienter med dårlig regulert diabetes får motivasjon til å endre levevaner.

**Metode:** Et litteraturstudie. 6 forskningsartikler er inkludert. Disse er hentet fra søk i databasene CINAHL og PubMed. Annen relevant litteratur presenteres også.

**Resultater:** En livsstilsendring kan være komplisert og flere faktorer spiller inn. Møte med sykepleier, veiledningsmetode og egen medvirkning ser ut til å ha betydning.

**Oppsummering:** Til syvende og sist er det opp til pasienten å ta en beslutning om livsstilsendring. Sykepleier kan derimot være en god motivator ved å skape et godt samarbeid, individualisere veiledning og hensynta pasientens rett til å bestemme selv.

## **SUMMARY**

**Background:** Type 2 diabetes is a growing problem worldwide. People who do not follow recommendations on lifestyle are in danger of developing serious complications. It is important that nurses have sufficient knowledge about what can contribute to change lifestyle.

**Topical approach:** How can patients who do not regulate their type 2 diabetes adequately, be motivated to a change of lifestyle?

**Purpose:** To elucidate what methods nurses can use towards patients who do not regulate their diabetes adequately, so they can get motivated to change life habits.

**Method:** A literature study. 6 studies were included in the thesis. The articles were found in databases such as CINAHL and PubMed. Relevant literature from other sources are also included.

**Results:** A lifestyle change can be complicated and certain factors come into play. The meeting with the nurse, guidance method and the patients participation seems to have significance.

**Conclusion:** It is up to the patient whether he/she makes a decision towards lifestyle change. Nurses however, can be motivators by creating a good relationship, individualize guidance and takes into account the patients right to decide for themselves.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Problemstilling</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Oppgavens disposisjon</b> .....	<b>2</b>
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv</b> .....	<b>3</b>
2.1.1 Egenomsorg .....	3
2.1.2 Egenomsorgsbehov .....	3
2.1.3 Egenomsorgssvikt .....	4
2.1.4 Sykepleiesystemer .....	5
<b>2.2 Diabetes</b> .....	<b>5</b>
2.2.1 Hva er diabetes? .....	5
2.2.2 Forekomst, årsaker, symptomer, funn og diagnostisering .....	6
2.2.3 Komplikasjoner .....	7
2.2.4 Behandling .....	7
<b>2.3 Sykepleie ved diabetes type 2</b> .....	<b>9</b>
2.3.1 Pasientens rett til å bestemme selv .....	10
2.3.2 Veiledning .....	10
2.3.3 Samtale om endring – et verktøy i veiledningen til en livsstilsendring .....	11
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 Litteraturstudie</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2 Valg av litteratur og litteratursøk</b> .....	<b>14</b>
<b>3.3 Metode og kildekritikk</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4 Etikk</b> .....	<b>17</b>
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1 Artikkel 1</b> .....	<b>19</b>
<b>4.2 Artikkel 2</b> .....	<b>20</b>
<b>4.3 Artikkel 3</b> .....	<b>20</b>
<b>4.4 Artikkel 4</b> .....	<b>21</b>
<b>4.5 Artikkel 5</b> .....	<b>21</b>
<b>4.6 Artikkel 6</b> .....	<b>22</b>
<b>4.7 Kort oppsummering av hovedresultat/funn</b> .....	<b>23</b>
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>25</b>
<b>5.1 Målet er god egenomsorg</b> .....	<b>25</b>
<b>5.2 Samarbeid mellom pasient og sykepleier</b> .....	<b>26</b>
<b>5.3 Veiledning til endring og god egenomsorg</b> .....	<b>27</b>
<b>5.4 Innhold og metoder i veiledningen</b> .....	<b>29</b>
<b>5.5 Oppfølging</b> .....	<b>30</b>
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>33</b>
<b>Vedlegg I: Resultattabell forskningsartikler</b> .....	<b>37-39</b>

## 1.0 Innledning

Ifølge Møinichen (2014, s. 31) har antallet type 2-diabetikere økt dramatisk. På verdensbasis regner en med at det finnes 285 millioner med ulike typer diabetes. Prognosene tilsier nær 440 millioner innen år 2030. I Norge antar man at 350-400 000 personer har diabetes, 80 % med type 2. Halvparten av disse antas å leve uten en diagnose (Møinichen, 2014, s. 31). Verdens helseorganisasjon (World Health Organization (WHO), 2014) sier den store andelen av diabetes type 2 har en klar sammenheng med overvekt og inaktivitet og at aktivitet, et sunt kosthold og røykeslutt er gode tiltak for å forebygge komplikasjoner.

Diabetikere møter man på ulike arenaer, i jobbsammenheng, i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten eller privat. Jeg var student i praksis ved endokrinologisk avdeling. Der fikk jeg gode erfaringer knyttet til diabetespasienter. Jeg møtte pasienter med diabetes type 2 diagnostisert en tid tilbake, med komplikasjoner som følge av dårlig regulert blodglukose. Sykdommen oppleves svært forskjellig for pasientene. Sykepleier har, gjennom tverrfaglig samarbeid, en sentral rolle når det gjelder informasjon og undervisning i denne prosessen. Pasientene jeg møtte hadde tidligere fått informasjon om sykdommen og opplæring i måling av blodglukose. Likevel fant de det utfordrende å regulere blodglukosen, spesielt vanskelig var livsstilsendring. En diabetesdiagnose, med alt det innebærer av risiko for komplikasjoner og for tidlig død, burde motivere for mer fysisk aktivitet og sunnere kosthold når viktigheten av livsstilsendring er kjent. Forskning og erfaringer tilsier at det ikke alltid er tilfelle. Noen motiveres av mulige komplikasjoner, andre fortsetter å leve som før (Barth, Børtveit og Prescott, 2013, s. 19).

På bakgrunn av dette ønsker jeg å lære mer om hvordan jeg best kan bidra til at pasienter med diabetes type 2 beslutter å gjennomføre livsstilsendring.

### 1.1 Problemstilling

Problemstillingen er:

*Hvordan motivere pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 til livsstilsendring?*

## 1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pasientgruppen er mellom 40 og 60 år, menn og kvinner, innlagt ved medisinsk avdeling i sykehus. En innleggelse i sykehus er i dag ofte kortvarig, med begrenset tid til god veiledning. Bakgrunnen for innleggelse er dårlig regulert diabetes type 2. De har hatt diagnosen en tid, og dårlig regulering av blodglukosen har ført til komplikasjoner. Sykdommen rammer fra 40-årsalderen, og jeg vil fokusere på de som har hatt diagnosen en tid, men som ikke har gjort nødvendige endringer for å begrense sykdommen og mulige komplikasjoner. Det er registrert et økende antall yngre pasienter som får diagnosen (Mosand og Stubberud, 2011, s. 509), disse omtales ikke videre.

Det finnes ulike typer diabetes. Jeg har valgt type 2, hvor deler av insulinproduksjonen er intakt, og endring av levevaner kan ha stor betydning for sykdommens forløp.

Livsstilsendringer innebærer mange faktorer. Jeg ønsker å belyse hvordan sykepleier kan ha en sentral rolle i veiledning til endring, og omtaler derfor livsstilsendringer generelt. I tillegg er det flere viktige forhold rundt diabetespasienten som ikke vil bli omtalt videre, som medikamentbehandling og pårørende. Forhold som tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom helsetjenestene beskrives noe, men ikke grundig grunnet oppgavens begrensede omfang.

## 1.3 Oppgavens disposisjon

Oppgaven inneholder seks kapitler. I første kapittel presenteres tema og problemstilling, samt bakgrunn for valg og avgrensning av problemstillingen. I andre kapittel fremstilles sykepleieteori og annen relevant teori fra sykepleiefaglig litteratur. I tredje kapittel presenteres valg av metode og hvordan data har blitt valgt. I fjerde kapittel finnes en kort oppsummering av forskningsartikler. Innhold i teoridelen og resultatdelen drøftes så i femte kapittel, som gir en konklusjon presentert i sjette kapittel.

## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

For å belyse problemstillingen vil jeg se nærmere på den amerikanske sykepleieteoretikeren Dorothea Orem. Orem presenterte sin teori første gang i 1971 i boken *Nursing – Concept of practise*.

Dorothea Orems teori består av flere begreper, de mest sentrale er, som Orem (1995, s. 103, 191 og 240) skriver på engelsk: self-care, self-care requisites, self-care deficits og nursing agency. Til norsk oversettes disse begrepene til egenomsorg, dens forutsetninger, dens underskudd og sykepleiebyrå/organ. I Cavanagh (1999, s. 17, 19, 25 og 39) oversettes begrepene til egenomsorg, egenomsorgsbehov, egenomsorgssvikt og sykepleiesystem. Jeg velger å benytte sistnevnte oversettelse.

#### 2.1.1 Egenomsorg

Egenomsorg er ifølge Orem (1995, s. 104) aktiviteter som individer gjør for sin egen del, for å opprettholde liv, helse og velvære. Handlingene utføres av modne personer eller personer i en modningsfase, som evner å ta vare på seg selv i sitt miljø. Egenomsorg har en hensikt og er handlinger i et mønster og med en sekvens som bidrar til menneskelig strukturell integritet, funksjoner og utvikling (Orem, 1995, s. 103).

#### 2.1.2 Egenomsorgsbehov

Orem (1995, s. 191) beskriver egenomsorgsbehov som formulerte innsikter om handlinger som utføres av eller for individer, som er kjent eller antatt nødvendige for å regulere individenes funksjon og utvikling. Hun beskriver universelle egenomsorgsbehov, utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov og helsesviktrelaterte behov (Cavanagh, 1999, s. 21 og 23). Her beskrives utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte behov.

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er knyttet til ulike stadier i menneskers liv. Det gjelder



spesielt forhold som påvirker menneskelig utvikling. Dette kan gjelde omsorg som skal forebygge skadelige virkninger av ulike tilstander eller omsorg for å dempe eller motvirke faktiske (eller potensielle) skadelige virkninger av bestemte forhold. Målet er at omsorgen skal redusere konsekvensene som tilstander kan ha på individers utvikling. Eksempler kan være manglende utdanning, økonomiske forhold, helseproblemer eller skadelige miljøfaktorer (Cavanagh, 1999, s. 21-23).

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov foreligger når den enkelte blir syk, skadet, har funksjonssvikt eller er under legebehandling. Det oppstår endringer i helsetilstanden, der pasienten søker råd og assistanse fra andre kompetente hvis vedkommende selv ikke er i stand til å ta seg av sine egenomsorgsbehov. Det forventes da at vedkommende føyer seg etter terapeutiske tiltak som blir tilbudt (Cavanagh, 1999, s. 23 og 24).

Som oppsummering sier Cavanagh (1999, s. 25) at den som kan ta seg av sine egenomsorgsbehov, er i stand til å:

- støtte livsviktige fysiske, psykiske og sosiale prosesser
- opprettholde menneskelig struktur og funksjon
- utvikle sine potensialer fullt ut
- forebygge skade eller sykdom
- behandle eller kontrollere sykdom (med assistanse)
- behandle eller kontrollere virkningene av sykdom (med assistanse)

### **2.1.3 Egenomsorgssvikt**

Egenomsorgssvikt omhandler forholdet mellom egenomsorg og egenomsorgsbehovene. Egenomsorgssvikt er knyttet til det å ikke mestre egenomsorgsbehovene (Orem, 1995, s. 236 og 240), altså, når punktene i avsnittet over ikke oppfylles. Mennesket har stor evne til å tilpasse seg endringer hos seg selv og i omgivelsene, men det kan oppstå en situasjon der summen av de krav som stilles overskrider vedkommendes evne til å oppfylle dem. Når en slik egenomsorgssvikt foreligger, kan sykepleier hjelpe vedkommende til å oppfylle sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999, s. 25).

## 2.1.4 Sykepleiesystemer

Begrepet sykepleiesystem beskriver makten sykepleiere har til å samarbeide med personer som har behov for sykepleie, til å kunne utføre sykepleie, og når det er mulig, sammen med dem (Orem, 1995, s. 247).

Orem regner med tre sykepleiesystemer: det *helt* kompensierende, det *delvis* kompensierende og det *støttende og undervisende* systemet. Det *helt* kompensierende systemet består i at sykepleier tar over pasientens egenomsorg og kompenserer da pasienten har egenomsorgssvikt. I det *delvis* kompensierende systemet må sykepleier fremdeles kompensere, men pasienten er sterkere involvert i sin egenomsorg gjennom avgjørelser og handlinger. Et eksempel er sviktende kunnskaper eller ferdigheter som hindrer pasienten å dekke sine egenomsorgsbehov. I det *støttende og undervisende* systemet har pasienten følgende rolle: dekker egenomsorgsbehovene og fortsetter å lære og utvikle egenomsorgsevner. Sykepleier har følgende rolle: hjelper til med å ta avgjørelser, hjelper pasienten til å lære, oppdaterer informasjon underveis (Cavanagh, 1999).

## 2.2 Diabetes

### 2.2.1 Hva er diabetes?

I bukspyttkjertelen ligger cellegrupper som produserer hormoner, deriblant betacellene som produserer insulin og alfacellene som produserer glukagon. Hormonet insulin senker blodets glukoseinnhold ved å øke opptak av glukose til muskel- og fettvev og dempe leverens produksjon av glukose. Insulin øker også syntesen av fettsyrer og hemmer oksidasjonen av disse, i tillegg til å øke syntesen av lagringsfett og hemme nedbrytningen av det. Hormonet glukagon øker blodglukosen ved å øke produksjonen av glukose i leveren. Når bukspyttkjertelens insulinproduksjon faller, stiger blodglukosen. Kronisk forhøyet blodglukose kalles hyperglykemi. Glukagonproduksjonen i alfacellene kan fortsette en tid. Ved diabetes type 1 er all insulinproduksjon opphørt. Ved type 2 er produksjonen delvis borte (Jenssen, 2011, s. 380 og 381).

Diabetes type 2 kjennetegnes av relativ insulinmangel og varierende grad av insulinresistens. Insulinresistens vil si at glukoseopptaket i muskler og fettvev er nedsatt, fordi insulinets virkning er nedsatt (Mosand og Stubberud, 2011, s. 509). De fleste med diabetes type 2 har insulinresistens, men ikke alle (Jenssen, 2011, s. 385).

### **2.2.2 Forekomst, årsaker, symptomer, funn og diagnostisering**

Sykdommen rammer oftest fra 40-årsalderen og forekomsten øker med alderen. Det er imidlertid registrert et økende antall av pasienter i 20-30-årsalderen, og sykdommen opptrer også hos barn. Forekomsten er økende i den vestlige verden, og har sammenheng med arv og livsstil (Jenssen, 2011, s. 385). Helsedirektoratet (2009) fremhever at overvekt og fysisk inaktivitet er de viktigste risikofaktorene for å utvikle diabetes type 2. WHO's globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse signaliserer også en sammenheng mellom overvekt, livsstil og diabetes type 2 (WHO, 2014). I tillegg er det påvist at en genkombinasjon har innvirkning på fedmeutvikling, insulinsekresjon og insulinvirkning (polygenetisk arv) (Vaalder og Møinichen, 2014, s. 53).

I Norge er det, som i mange andre land, store helseforskjeller mellom sosiale grupper. Totaldødeligheten er høyest hos grupper med lav utdanning og/eller lav inntekt, og avtar gradvis med økende utdanning og inntekt. Når det gjelder forekomsten av diabetes type 2, er det også en klar forskjell mellom gruppene (Helsedirektoratet, 2009).

Blodglukosen stiger langsomt hos pasienter med diabetes type 2, og i tidlig fase er sykdommen svært symptomfattig. Det kan derfor gå mange år før diagnosen stilles. Dette forklarer delvis et stort antall som lever med uoppdaget diabetes type 2. Etter hvert vil en kunne merke slapphet, tretthet og i noen tilfeller hyppig urinlating (Jenssen, 2011, s. 386). Helsedirektoratet (2009) skriver at andre symptomer kan være tørste, vekttap, intim kløe og høyere infeksjonstendens.

Kriteriet for diagnostisering er lik for alle typer diabetes. Helsedirektoratet anbefaler primært, ifølge Furuseth (2014, s. 34), måling av HbA1c. Dette er et parameter som sier noe om blodglukosen de siste to måneder med grenseverdi på 6,5 %. HbA1c kan ikke brukes i diagnostikk hos eksempelvis gravide eller barn og unge. Andre metoder for diagnostisering er

fastende p-glukose over 7,0 mmol/L, p-glukose over 11,1 mmol/L to timer etter glukosebelastning eller en tilfeldig p-glukosemåling over 11,1 mmol/L i kombinasjon med symptomer. Det foretrekkes venøst blod, fremfor kapillært blod ved blodprøvetaking. Glukosebelastning er den mest sensitive metoden (Furuset, 2014, s. 34, 35 og 37).

### 2.2.3 Komplikasjoner

Helsedirektoratet (2009) hevder at mesteparten av kostnader knyttet til diabetesomsorg brukes til behandling av komplikasjoner. Personer med dårlig regulert blodglukose over tid er utsatt for å få retinopati (netthinnesykdom), nefropati (nyresykdom), nevropati (sykdom i perifere vener), aterosklerose (åreforkalkning) og hjerte- og karsykdommer. Det er godt dokumentert at god behandling forhindrer eller forsinker både mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2009). Det har vist seg at psykososiale problemer, alvorlig psykiske lidelser og lavere livskvalitet forekommer oftere blant befolkningen med diabetes. Disse problemene kan knyttes til tilleggssykdommer og komplikasjoner (Mosand og Stubberud, 2011, s. 515).

### 2.2.4 Behandling

I dag er det hovedsakelig fastlege i primærhelsetjenesten som følger opp pasienter med diabetes type 2. Hos de som har en dårlig regulert blodglukose og/eller komplikasjoner kan det derimot være nødvendig at spesialisthelsetjenesten også har et ansvar. I spesialisthelsetjenesten skal det ved indremedisinske- og endokrinologiske avdelinger være et diabetesteam bestående av et tverrfaglig utvalg helsepersonell. Teamet tar del i pasientbehandling, opplæring av pasienter, pårørende og helsepersonell og opprettholder et samarbeid med primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009).

For å oppnå et godt og langt liv med diabetes, bør en tilstrebe en blodglukoseverdi så normal som mulig. Dette betyr at verdien bør være mellom 4 og 7 mmol/L fastende, og under 10 mmol/L to timer etter måltider (Jenssen, 2011, s. 386).

Behandling av diabetes omfatter fysisk aktivitet, kostbehandling og eventuelt blodglukosesenkende legemidler (Mosand og Stubberud, 2011, s. 516). Behandlingen av

diabetes type 2 handler ikke bare om å holde blodglukoseverdien så normal som mulig, men også om å ha nøye kontroll over blodtrykket og blodlipidene. Basis i behandlingen vil alltid være en tilrettelegging av levevaner (se tabell 1).

Ikke-medikamentell behandling av diabetes Grunnprinsipper for individrettede tiltak		
<p><b>Fysisk aktivitet</b></p> <p>Kartlegg pasientens aktivitetsvaner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- All fysisk aktivitet har helsegevinst</li> <li>- For fysisk inaktive anbefales en gradvis økning</li> </ul> <p><b>Anbefalt aktivitetsnivå:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitet tilsvarende hurtig gange i ca. 30 minutter hver dag i uken</li> <li>- Tilsvarende et energiforbruk på cirka 630 kJ (150 kcal)</li> <li>- Aktiviteten kan deles inn i kortere intervaller i løpet av dagen, f.eks. i perioder med 10 minutters varighet.</li> <li>- Alternativt: fysisk aktivitet med høyere intensitet i minimum 20 min 3 dager per uke.</li> </ul> <p><b>Vektreduksjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i ca. 60 minutter per dag</li> <li>- Tilsvarende et energiforbruk på 1260 kJ (300 kcal)</li> </ul>	<p><b>Kosthold</b></p> <p>Kartlegg pasientens kostvaner</p> <p>Oppretthold normalvekt ved å balansere energiinntak og aktivitetsnivå</p> <p><b>Spis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- et variert og allsidig kosthold</li> <li>- rikelig av alle typer grønnsaker, frukt og bær</li> <li>- grovt brød og grove komprodukter</li> <li>- fet og mager fisk regelmessig, både som pålegg og middagsmat</li> <li>- fjørefkjøtt og magre kjøtt- og meierivarer</li> <li>- matoljer og myk og flytende margarin med måte</li> </ul> <p><b>Begrens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inntaket av mettet fett ved å unngå fete kjøtt- og meierivarer</li> <li>- inntaket av salt ved å velge matvarer med lite salt og å unngå ekstra salting</li> <li>- inntaket av sukker og "tomme kalorier" ved å unngå sukkerholdige drikker, godteri, snacks og andre matvarer med høyt energiinnhold og lavt næringsinnhold</li> </ul>	<p><b>Tobakk</b></p> <p><b>Veiledning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartlegg pasientens motivasjon for røykeslutt</li> </ul> <p><b>Minimal intervensjon:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Røyker du?</li> <li>2. Hva tenker du om det?</li> <li>3. Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg</li> </ol> <p><b>Medikamentell behandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nikotinerstatnings-preparater</li> <li>- Bupropion</li> <li>- Vareneklín</li> </ul> <p><b>Røykesluttkurs</b></p> <p>Opplys om Røyketelefonen: 800 400 85</p> <p>Gi pasienten røykesluttmateriell</p> <p>→ bestilles på <a href="http://www.tobakk.no">www.tobakk.no</a></p> <p>Kontakt folkehelserådgiveren hos Fylkesmannen eller ansvarlig part for folkehelsearbeidet i Fylkeskommunen for oversikt over lokale kurs</p> <p>Se for øvrig Helsedirektoratets Retningslinjer for røykeavvenning i primærhelsetjenesten <a href="http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer">http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer</a></p>

Tabell 1. Ikke-medikamentell behandling av diabetes. Hentet fra Helsedirektoratet (2009):

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonale-faglige-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf>

De første månedene og årene vil en livsstilsendring være tilstrekkelig for å regulere blodglukosen (Jenssen, 2011, s. 386 og 387). Det har vist seg å være vanskelig å endre atferd på områder som livsstilsendringer innebærer – mer fysisk aktivitet, legge om kosthold, røykeslutt og reduksjon av alkoholkonsum. Bare en sjettedel rapporterer at de klarer å følge opp anbefalinger (Prescott, 2014, s. 23).

Å leve med diabetes kan være krevende. Mosand og Stubberud (2011, s. 515) hevder at pasienter har vanskelig for å akseptere at de har fått diabetes, spesielt de som føler sykdommen er selvforskyldt. Det kan gjøre situasjonen og behandlingen vanskeligere på lang

sikt. Enkelte reagerer lite i begynnelsen, men *kan* få reaksjoner senere, og må da få støtte og hjelp (Mosand og Stubberud, 2011, s. 515).

### 2.3 Sykepleie ved diabetes type 2

Ifølge International Council of Nurses (ICN, 2000) sine etiske regler, har sykepleiere fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og gjenopprette helse. Sykepleie skal bygge på respekten for menneskerettighetene, herunder retten til liv, til verdighet og til å bli behandlet med respekt. Sykepleie skal ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status. Sykepleiere skal også yte helsetjenester til enkeltmennesker, familier og til samfunnet, og koordinerer tjenestene med andre relevante yrkesgrupper (ICN, 2000).

Sykepleie har et moralsk og et faglig aspekt. Det moralske aspektet omfatter de etiske prinsippene velgjørenhet og ikke-skade, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet.

Det er et krav at sykepleieutøvelsen er faglig forsvarlig og kunnskapsbasert. Det faglige aspektet gjelder den faglige kunnskapen som må ha sitt grunnlag i evnen til å være medfølende og kunne forstå pasientens opplevelser og konsekvenser (Nortvedt og Grønseth, 2011, s. 18-21).

Mosand og Stubberud (2011, s. 508), hevder at hovedutfordringen i arbeidet med diabetespasienter er å bidra til at pasienten selv tar ansvar for behandlingen. De poengterer at når pasienten ikke utøver god nok egenomsorg, forventes det, og vedkommende har krav på, faglig forsvarlig behandling og sykepleie.

Ved innleggelse i sykehus vil oppgaven først være å korrigere pasientens fysiologiske tilstand og de psykiske reaksjonene i samarbeid med andre helsepersonell. Etter hvert som målet blir å få pasienten til å utøve god egenomsorg, vil støtte og veiledning fra sykepleier være sentral. Da må en ikke bare fokusere på medisinske behandlingsmål, men individualisere sykepleien gjennom å se på pasientens livssituasjon, kulturbakgrunn, utdanning, funksjonsnivå og livserfaring når det kommer til sykdom (Mosand og Stubberud, 2011, s. 508).

### 2.3.1 Pasientens rett til å bestemme selv

Empowerment, myndiggjøring, pasient/brukermedvirkning, selvbestemmelse, autonomi og egenmakt er eksempler på begrep brukt i litteraturen som alle beskriver pasientens rett til å bestemme selv i den prosessen de er i, som mottaker av helsehjelp, og ha kontroll over eget liv. Dorothea Orem (1995) sier lite i sin teori om pasienters medvirkning, men poengterer at målet er at pasienten selv skal kunne utøve egenomsorg. For å utvikle egenomsorg må pasienten få medvirke. Dette anses som å hjelpe pasienter med kroniske sykdommer til å oppdage og utvikle egne evner. Pasienten får dermed mulighet til å ta egne valg, sette seg mål og være ansvarlig for disse (Mosand og Stubberud, 2011, s. 508).

Pasientenes medvirkning er et sentralt prinsipp i helsetjenesten. I praksis er dette knyttet til pasientens mulighet til å uttale seg og til å delta aktivt i utforming av tjenestetilbud. Medvirkning gir bedre behandlingsresultater, mindre forbruk av helsetjenester og bedre funksjon i hverdagen (Kveseth og Mikkelsen, 2010, s. 314 og 315). Det sies at «*sykepleieren er ekspert på det faglige området, pasienten er ekspert på seg selv og sitt liv*» (Tveiten, 2012, s. 178).

### 2.3.2 Veiledning

Sykepleier har en pedagogisk funksjon. Å drive pedagogisk praksis vil si å påvirke menneskers endring. Gjennom målrettede handlinger som undervisning, veiledning og omsorg søker pedagogen å endre menneskelig aktivitet (Dalland, 2010, s. 19).

Sykepleiepedagogikk er å støtte læreprosesser som fører til opplevelse av mestring i endrede livssituasjoner. Den sykepleiepedagogiske funksjonen innebærer støtte, informasjon, undervisning og veiledning. Pasienter er forskjellige og læringsbehovene ulike. Helsedirektoratet (2009) påpeker at informasjon og opplæring er svært viktig i diabetesbehandlingen. Sykepleiepedagogisk praksis er et viktig redskap for å møte den enkeltes behov (Brataas, 2011, s. 18). Sykepleie som legger til rette for pasientens læring kan være avgjørende for pasientenes helse og opplevelse av livskvalitet (Meetoo, i Brataas, 2011, s. 18).

I pedagogisk praksis vil mange sykepleiere oppleve det mer naturlig å veilede enn å informere eller undervise. Dette kan komme av at veilederrollen oppleves nærmest sykepleierrollen (Dalland, 2010, s. 127). Tveiten (2012, s. 184) definerer veiledning som:

*«... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot styrking av pasientens mestringskompetanse gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier».*

At veiledning er en istandsettingsprosess kan i denne sammenheng forstås som et samarbeid mellom sykepleier og pasient. Sykepleiers ansvar er å tilrettelegge slik at pasienten blir bevisst hva som kan ha betydning og mulighetene han har. Pasienten selv har ansvar for å bruke mulighetene sine (Tveiten, 2012, s. 184 og 185). Dette forutsetter god kontakt mellom veileder og den/de som veiledes, og åpner for individtilpasset læring, der pasienten får mulighet til å påvirke (Dalland, 2010).

Målet bør være at veiledning bidrar til at pasienten ser sammenhengen mellom verdier, kunnskap og egne erfaringer. Dette kan brukes til refleksjon og handling. Tanker, fornuft, følelser og kropp involveres i læringen (Tveiten, i Dallad, 2010, s. 128). Pasienten er i en prosess hvor han/hun tester ut, bearbeider og erfarer. Veileders ansvar er å gi denne aktiviteten tid og handlingsrom (Stålseth mfl, i Dalland, 2010, s. 128).

### **2.3.3 Samtale om endring – et verktøy i veiledningen til en livsstilsendring**

Livsstilsendring kan ikke kurere sykdommen, uansett pasientens motivasjon.

Sykdomsforløpet og progresjonen kan derimot pasienten påvirke, og må motiveres for (Barth, Børtveit og Prescott, 2013, s. 16). Måloppnåelse med tanke på de enkelte behandlingstiltakene og motivasjonene for dem, er avhengig av flere faktorer. God opplæring er som sagt en forutsetning, og en samtale om endring, også kalt «*motiverende intervju*», kan være nyttig i dette arbeidet (Vaalder og Møinichen, 2014, s. 90). Sykepleier kan hente frem og styrke underliggende faktorer som påvirker endring – motivasjon, mestring og beslutningsevne. Dette er tre underliggende psykologiske komponenter når det gjelder endring av levevaner.



Motivasjon defineres som en «prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd». Det skilles mellom indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon styres utenfra, noe man gjør fordi andre ønsker det eller fordi det belønnes. Indre motivasjon oppgis å være større fordi den omtales som naturlig, mens den ytre omtales som som kunstig. Det er vanskelig avgjøre om en atferd er indre eller ytre motivert. Mange aktiviteter er både indre og ytre motiverte, men studier har vist at mennesker som opplever indre motivasjon, viser bedre prestasjoner, er mer utholdende og mer kreative (Renolen, 2008, s. 41-44).

Mestring handler om å takle for eksempel sykdom (Heggen, 2008, s. 64 og 65). I faglitteraturen vektlegges at mestring består av komplekse og uoversiktlige prosesser. Felles er at mestring oppfattes som summen av indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter den enkelte bruker for å finne mening og beherske ytre og indre belastninger (Reitan, 2010, s. 74). Dette influeres av blant annet alder, kjønn, personlige forutsetninger, interesser og motstandskraft mot påkjenninger og tidligere erfaringer (Reitan, 2010, s. 82).

Beslutningstaking følger av motivasjon og mestring. Pasienten bestemmer seg for å gjøre endringer og markerer en overgang fra tanke til handling. Beslutningstaking er en forpliktende selvpålagt avtale, for eksempel livsstilsendring. Varig endring krever både en stor beslutning og gjentatte småbeslutninger. Det er bra å bestemme seg for å bli mer fysisk aktiv, men beslutningen må fornyes når man er trøtt og umotivert (Prescott, 2014, s. 24).

Tradisjonelt har helsepersonell tilbudt informasjon, råd, ekspertanbefalinger, undervisning og opplæring for å hjelpe pasienter til livsstilsendringer (Prescott, 2014, s. 23). Ofte vil dette og gjentakelse av kjent informasjon vekke motstand. Når ekspertråd ikke fungerer, må andre fremgangsmåter, som motiverende intervju benyttes (Prescott, 2014 s. 44).

En samtale om endring krever en bevisst samtaleteknikk (Bart, Børtveit og Prescott, 2013, s. 15). Pasienten skal være i sentrum og hensikten er å hente frem pasientens egne ressurser for endring. Sykepleiers holdning skal være samarbeidspreget og respektere pasientens selvbestemmelsesrett. Åpne spørsmål som begynner med *hvordan*, *hvorfor*, *hva* og *hvilke* foretrekkes for å unngå «ja/nei»-svar. De underliggende faktorene i endring, motivasjon, mestring og beslutningstaking, ses på som «elastiske» og kan påvirkes gjennom samarbeid mellom sykepleier og pasient. Når pasienten responderer, er det viktig at sykepleier reflekterer og oppsummerer underveis. Det kan bidra positivt at sykepleier formidler interesse

og hører hva pasienten sier. Samtidig vil dette kunne gi en felles virkelighetsforståelse og struktur i samtalen (Prescott, 2014, s. 24, 26 og 29).

Pasienten kan snakke seg nærmere eller fjernere en endring i løpet av samtalen. Når pasienten uttrykker motivasjon, mestring eller beslutningstaking må sykepleier respondere slik at såkalt *endringssnakk* får større plass i samtalen. Åpne spørsmål benyttes for at pasienten skal kunne utdype hva han/hun mener. Direkte spørsmål som eksempelvis «hva er det som gjør det viktig for deg å oppnå kontroll over blodsukkeret?» eller «Kan du si litt om tidligere forsøk på å bli mer fysisk aktiv?» vil kunne fremprovosere endringssnakk (Prescott, 2014, s. 25 og 26).

Samtalens mål er at pasienten bestemmer seg for, og beveger seg i retning av, et bestemt resultat (Bart, Børtveit og Prescott, 2013, s. 13). En vellykket endringssamtale vil gi pasienten større mulighet til å motiveres og tro på seg selv (Prescott, s. 23).

## 3.0 Metode

Vilhelm Aubert (i Dalland, 2012, s. 110) beskrev metode slik:

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.»*

Når man vil undersøke noe, er metoden redskapet. Den brukes til å samle inn data eller informasjonen som behøves (Dalland, 2012, s. 114). Ulike innsamlingsmetoder deles gjerne inn i kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter. Kvalitative metoder har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Både kvantitative og kvalitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2012, s. 112).

### 3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven er jeg pålagt å gjøre et litteraturstudie. Et litteraturstudie defineres av Aveyard (2007, s. 1) som *«en dekkende granskning og tolkning av litteraturen som finnes på et bestemt område/om et bestemt tema»*. Man søker etter relevant litteratur som allerede er bestående, deretter vurderes litteraturen kritisk, som igjen gir et stort kildegrunnlag for å besvare oppgavens problemstilling (Dalland, 2012). Litteraturen er informasjonskilden og deretter innsamlingsdata. Bakgrunns litteratur som pensumbøker, kan ikke være den samme som «innsamlingslitteraturen». Litteraturdata for resultatredagjøreelse bør hentes fra vitenskapelige rapporter eller artikler. Det hevdes at man i drøftingsdelen setter «innsamlingslitteraturen» i dialog med «bakgrunns litteraturen» for å drøfte problemstillingen. Et litteraturstudie er dermed en kvalitativ innsamlingsmetode (Olsson og Sørensen 2006).

### 3.2 Valg av litteratur og litteratursøk

For å drøfte problemstillingen har det vært hensiktsmessig å innhente data og informasjon fra ulik litteratur. Pensumlitteratur og andre relevante fagbøker fant jeg via biblioteket ved høgskolen sine elektroniske søkemotorer «Oria» og «Bibsys». Annen relevant litteratur har jeg funnet på internett. For å få en oversikt over hva som finnes av nettsider og få et bilde av

temaet, gjorde jeg søk i søkemotoren Google, både på «diabetes type 2» og «motivasjon til livsstilsendring». Dette ga et uoversiktlig resultat, men var likevel nyttig for å finne relevante nettsider, som Diabetesforbundet, Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, Norsk Sykepleierforbund og Verdens Helseorganisasjon, samt andre studentoppgaver.

For å få bedre oversikt over valgt tema og problemstilling, søkte jeg etter relevante vitenskapelige artikler i mer avgrensede og målrettede kilder. Jeg har benyttet flere helsefagdatabaser som jeg fant via høgskolens bibliotek og Helsebiblioteket.no. Jeg har hovedsaklig benyttet databasene CINAHL, PubMed og Svemed+. Disse kjenner jeg fra studiet, og de er oversiktlige. Artikkene jeg har valgt å presentere, er fire artikler fra CINAHL og to artikler fra PubMed.

Jeg har brukt flere søkeord og kombinert disse i ulike helsefagdatabaser:

Self-management	Diabetes type 2
Lifestyle change	Diabetes
Nurs*	Motivation
Norway	Diet and exercise
Health education	Education
Motivational interviewing	Hospital readmission

En gjennomgang av ulike kombinasjoner i databasene, resulterte i 16 artikler. Disse ble plukket ut på grunn av relevans i tittel. Artikler publisert før 2007 ble forkastet. Etter å ha lest sammendrag ble ytterligere artikler eliminert vekk, og jeg satt igjen med 10 relevante artikler for gjennomlesing. Jeg valgte seks artikler ut fra relevans opp mot problemstilling, den ene ble senere forkastet fordi jeg ville søke grundigere etter forskning i forhold til motiverende intervju og inkludere forskning derfra, da jeg innså at dette ble en stor del av oppgaven.

Søk som førte til valgte artikler presenteres her:

Dato for søk:	Søk nr:	Søkeord:	Treff:	Presenteres i oppg. som:
I Cinahl:				
09.01.15	S1	Diabetes type 2	30288	
09.01.15	S2	S1 + Motivation	242	
09.01.15	S3	S2 + diet and exercise	24	Artikkel 1
11.01.15	S4	S2 + Health education + nurs*	18	Artikkel 3
11.01.15	S5	S4 + lifestyle change	21	Artikkel 4
26.01.15	S6	S1 + Hospital readmission	13	Artikkel 2
I Pubmed:				
26.01.15	S1	Diabetes type 2	95522	
26.01.15	S2	S1 + self management + education	1700	
26.01.15	S3	S2 + Norway	9	Artikkel 5
06.02.15	S4	Motivational interview	2467	
06.02.15	S5	S4 + nurs* + diabetes	62	
06.02.15		S5 + lifestyle change	16	Artikkel 6

### 3.3 Metode og kildekritikk

Når en undersøkelse er gjennomført, må en ta metodespørsmålet opp til ny vurdering (Dalland, 2012). I denne oppgaven ble litteraturstudie påkrevd gjennom retningslinjer.

En kritisk vurdering av litteratur har vært nødvendig. Mengden tilgjengelig informasjon om temaet er stor, og tiden til rådighet har ført til at mye litteratur ikke har blitt lest i sin helhet. Dette kan ha ført til utelatelse av viktige data. Samtidig har tilgjengelig informasjon vært en fordel ved denne metoden, man kan enkelt sammenligne flere kilder. Å bruke helsefagdatabaser til innsamling av data kan også ha ført til utelatelse, da søkene kan ha vært for begrenset. Jeg har benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning. Det har vært utfordrende å tolke statistiske data i forskningen, og jeg har konsentrert tolkning til tekst i resultat- og diskusjonsdel. Dette kan ha ført til at vurderingen av innholdet i forskningen ikke er tilfredsstillende.

Dalland (2012, s. 67) sier at kildekritikk er metoden man bruker for å fastslå om en kilde er sann. Man vurderer og karakteriserer kildene som benyttes. Jeg har derfor benyttet inklusjonsteorier og eksklusjonsteorier ved innhenting av data.

Pensum- og fagbøker jeg har brukt er ikke eldre enn ti år, bortsett fra to bøker benyttet i teoridelen om sykepleieteoretisk perspektiv. Dette fordi jeg ønsket primærkilden. Boken *Nursing – concept of practice* er engelsk, og sitater og tekster som presenteres i oppgaven er oversatt av meg. Det suppleres med Stephen J. Cavanaghs utgivelse *Orems sykepleiemodell i praksis*, oversatt til norsk av Kari Marie Thorbjørnsen, denne fra 1999. Jeg har i stor grad anvendt primærkilder, men også sekundærkilder der primærkilde ikke var tilgjengelig. Dette kan være problematisk da tekst og arbeid er tolket på ny (Dalland, 2012). Jeg har vurdert og anser de sekundære kildene jeg har brukt som troverdige.

Valgte forskningsartikler er publisert i 2007, 2011, 2013 og 2014. Dette er bevisst for å sikre at forskningen jeg bruker er av nyere dato, og derfor mer troverdig og relevant for problemstillingen i dag. For å vurdere artiklenes faglige kvalitet, relevans og validitet, sjekket jeg at artiklene har vært trykt i et anerkjent tidsskrift, det gir en god indikasjon på at de er fagfellevurdert. To av artiklene er studier gjennomført i Norge, to andre i Finland og Nederland. Dette gir en god indikasjon på at resultater og funn er relevante i dagens Norge. Jeg har også med en artikkel fra Asia og en fra Sør-Amerika. Dette kan innebære mangel på relevans, men jeg synes likevel studiene har tilført oppgaven noe. I tillegg har jeg benyttet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) sine sjekklister for både kvalitativ og kvantitativ forskning. Artiklene var på engelsk og er derfor oversatt til norsk av meg. Dette kan ha medført feil tolkning.

### 3.4 Etikk

Dalland (2012, s. 94) sier om forskningsetikk:

«...område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater».

I denne oppgaven er jeg oppmerksom på hvordan resultater og funn presenteres, slik at det ikke fører til feiltolkninger. Litterære og vitenskapelige arbeid er vernet gjennom åndverksloven. Man kan derimot bruke andres arbeid så lenge opphavsmann blir navngitt og arbeidet ikke gjengis på en krenkende måte. Jeg skiller bevisst mellom mitt eget og andres arbeid gjennom riktig kildehenvisning for å oppfylle verdier som åpenhet, etterprøvnbarhet, vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon (Dalland, 2012, s. 80).

Jeg er kritisk til litteraturen brukt i oppgaven. Jeg har derfor benyttet meg av inklusjonsteorier

og eksklusjonsteorier som nevnt i punkt 3.3 Metode og kildekritikk. Forskningsartiklene jeg har innhentet er godkjent av etisk komité.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Artikkel 1

**Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes**  
(Oftedal, Bru og Karlsen, 2011).

Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 25(4), 735-744

Studiens hensikt var å finne ut hvordan faktorer av indre motivasjon, som forventninger til egen evne til gjennomføring og verdier, kan knyttes til kosthold og fysisk aktivitet hos voksne med diabetes type 2. Dette er en tverrsnittstudie, og data ble samlet inn ved bruk av spørreskjema. 689 voksne mellom 30 og 70 år ble invitert til å delta. Av disse svarte 425 på undersøkelsen, flest menn. Deltakerne ble rekruttert fra syv fastleger på Sør-Vestlandet i Norge og en annen gruppe ble rekruttert via Diabetesforbundet fra fem andre fylker i landet. Bakgrunnen for studien var at kosthold og fysisk aktivitet er en viktig del av det å leve med diabetes, og mangel på motivasjon kan være en årsak til at resultatene uteblir. Forskning har vist at de som motiveres av ytre faktorer har mindre sjanse for å klare å beholde gode kostholdsvaner og optimal fysisk aktivitet. De som motiveres av indre faktorer klarer derimot oftere å opprettholde disse gode levevanene. Disse har i tillegg en tro på at de skal klare det. Studien kartlegger så pasientenes forhold til kosthold og fysisk aktivitet, og hva pasientene selv mener de er i stand til å oppnå. Deltagerne i denne studien viste seg å være mindre aktive enn den generelle befolkningen. Deltakerne ble mer påvirket av ytre faktorer ved kostholdet, enn ved fysisk aktivitet. Dette indikerer at å styrke pasientens tro på egen gjennomførelsessevne og verdier har liten hensikt når det gjelder kosthold. Resultatene viser derimot at å styrke indre motivasjon og i tillegg gi bedre og tydeligere informasjon, vil kunne bidra til bedre resultater i forhold til fysisk aktivitet. Helsepersonell anbefales å ha mer fokus på fysisk aktivitet ved veiledning og være mer presis om anbefalinger for å unngå individuell tolkning blant pasientene.



## 4.2 Artikkel 2

**Perception of people suffering from diabetes regarding the disease and the reasons for hospital readmission: a descriptive study** (Baggio, Aparecida Sales, Silva Marcon og Lima Santos, 2013).

Online Brazilian Journal Of Nursing, 12(3), 501-510

Målet med studien var å identifisere hvordan personer med dårlig regulert blodglukose oppfatter sykdommen og årsak til sykehusinnleggelse. Dette er en beskrivende studie med kvalitativ metode, hvor syv deltakerne ble intervjuet. Felles for disse var at de hadde diabetes type 2 og i tillegg hadde minst to sykehusinnleggelser i løpet av tolv måneder som følge av dårlig regulert blodglukose. Studiens resultat viser at deltakerne hadde lite kunnskap om sykdommen og konsekvensene av dårlig regulert blodglukose. De hadde derimot mer kunnskap om selve komplikasjonene de hadde fått og alvorlighetsgraden av disse. Studien konkluderer med at det er et klart behov for at helsepersonell, særlig sykepleiere, jobber for å bedre diabetespasienter i stand til å ta beslutningsevne og ansvar for sykdommen.

## 4.3 Artikkel 3

**Differences in the perceptions of self-care, health education barriers and educational needs between diabetes patients and nurses** (Wu, Tung, Liang, Lee og Yu, 2014).

Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession, 46(2), 187-196

Denne kvantitative studiens hensikt var å undersøke forskjeller mellom pasienters og sykepleieres oppfatninger av pasientenes handlinger vedrørende egenomsorg, barrierer for å delta i undervisning og pasientenes undervisningsbehov for å bedre helsetjenesten ovenfor diabetespasienter i Taiwan. Data ble samlet ved bruk av spørreskjema. 312 pasienter og 202 sykepleiere deltok. Resultatene viser store forskjeller i de to gruppene. Pasientene oppfatter deres egenomsorgsevne bedre enn hva sykepleierne oppfattet. Pasientene oppfattet også undervisningsbehov som mindre enn sykepleierne. Pasientene så ikke utfordringer i forhold til undervisning, mens sykepleierne derimot så eksempelvis manglende motivasjon som

utfordrende. Studien konkluderer med at undervisningsmetoder bør tilpasses pasienters og helsepersonells ulike oppfatninger, og sykepleiere bør unngå å anta hva pasienten vet og forstår av veiledning og opplæring.

#### 4.4 Artikkel 4

**The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses** (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela, og Patja, 2007).

Scandinavian Journal Of Primary Health Care, 25(4), 244-249

Denne studien ble gjennomført som del av programmet GOAL (Good Ageing in Lahti Region). Målet var å forbedre behandlingen av kroniske sykdommer. Hensikten med studien var å undersøke hvordan leger og sykepleiere oppfatter rollene til pasienter og helsepersonell i behandlingen av livsstilssykdommer, deriblant diabetes type 2. Metoden er kvantitativ og spørreskjema ble analysert for å finne holdningene til blant annet retningslinjer, livsstilsendringer og pasientens rolle. Resultatene viser at deltakerne hovedsaklig (leger 88% og sykepleiere 95%) mente at pasienten selv var ansvarlig for beslutningstaking relatert til livsstilsendringer. Over halvparten av deltakerne oppga at manglende informasjon sjelden eller aldri var en barriere i behandlingen. De svarte at informasjon og støtte for å kunne motivere, var et viktig ansvar. Kun litt over halvparten mente de hadde nok ferdigheter i en veiledningssituasjon. En stor andel av både legene og sykepleierne mente at de hadde for liten tid til å sette seg inn i pasientenes livssituasjon.

#### 4.5 Artikkel 5

**Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A qualitative Study** (Rise, Pellerud, Rygg og Steinsbekk, 2013).

PLoS ONE. vol. 8 (5)

Denne norske studien hadde til hensikt å undersøke hvordan deltakere gjennomfører livsstilsendringer og holder på disse etter deltakelse i gruppebasert undervisning. Det er brukt

en kvalitativ metode med intervju av 23 deltakere. 14 kvinner og 9 menn. De hadde alle diagnosen diabetes type 2 mellom en måned og 20 år før kursstart. De ble intervjuet i fokusgrupper rett etter kurset var gjennomført og individuelt seks måneder senere. De ble spurt om hvordan de brukte informasjonen de hadde fått gjennom undervisningen. Deltakerne ble rekruttert fra syv ulike kurs ved to ulike sykehus i samme helseforetak i Midt-Norge. Kurset inneholdt informasjon om diabetes, kosthold, fysisk aktivitet og kontroll over blodglukosen. Deltakerne rapporterte ulike forhold til livsstilsendring etter kurset. Kunnskap ble beskrevet som viktig for livsstilsendringer etter kursdeltakelse. Tre faktorer spilte inn for om livsstilsendringer ble gjennomført: Vedlikeholde kunnskap, ta ansvar for diabetesbehandlingen og bekreftelse på allerede god livsstil. Deltakerne fikk ny kunnskap gjennom blant annet å høre på andre med samme diagnose og egne erfaringer. Å spise sunt ble enklere etter kurset, da kunnskapen ble bedre angående mat og ingredienser. Ny kunnskap førte derimot ikke til livsstilsendring for alle. Noen informanter opplyste at dette ikke ble prioritert fordi de ikke kjente de var syk og/eller ikke hadde tid. Disse kunne gjengi kunnskap fra kurset.

Deltakerne rapporterte fire sentrale faktorer for å bevare livsstilsendringer: støtte fra andre, oppdage effekten av endringer, frykt for komplikasjoner og det at endringene ble en vane. Motivasjonen kom som følge av konsekvensene, som vekttap, mer energi, å forhindre/forsinke komplikasjoner og mer livskvalitet. Enkelte rapporterte at de følte seg sunnere, enn før diagnosen ble stilt. Studien konkluderer med at kunnskap om sykdommen er sentral for å gjøre endringer, veiledere bør være klar over utfordringen med å forsøke å overbevise diabetespasienter uten symptomer og følelsen av for liten tid.

## 4.6 Artikkel 6

**Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial** (Jansink, Braspenning, Laurant, Keizer, Elwyn, Wijden og Grol, 2013).

En finsk studie fikk 30 sykepleiere opplæring og trening i bruk av motiverende intervju (MI) som metode ved veiledning av diabetespasienter. 35 andre sykepleiere ble bedt om å fortsette diabetesveiledningen som før. Begge gruppene ble evaluert ved lydbånd eller videoopptak ved studiestart og videoopptak igjen etter 14 måneder. Formålet var å sammenligne sykepleiere med og uten MI-trening, og hvordan dette påvirket kliniske parameter, livsstil,

pasienters beslutning om å endre livsstil og livskvalitet. Resultatene ved oppfølging viste at det kun var to av 24 MI-ferdigheter som var forbedret. Disse var «*inviting the patient to talk about behaviour change*» og «*assessing patient's confidence in changing their lifestyle*». Den første ferdigheten ble forbedret i begge gruppene. Studien konkluderer med at sykepleierne viste minimal forbedring og utnyttelse av sine MI-ferdigheter. Det kan være grunn til å sette spørsmål ved om denne metoden er mindre egnet, eller om det er problematisk for sykepleiere å lære bruken av og vedlikeholde MI-ferdigheter i praksis.

#### 4.7 Kort oppsummering av hovedresultat/funn

- Motivasjon av indre faktorer gir større sjanse for opprettholdelse av gode levevaner, særlig i forhold til fysisk aktivitet.
- Diabetespasienter er mindre aktive enn den generelle befolkningen.
- De som blir innlagt i sykehus med komplikasjoner har lite kunnskap om diabetes og konsekvensene, men mer kunnskap om selve komplikasjonen.
- Pasienter oppfatter sin egenomsorgsevne som bedre enn sykepleier gjør og behovet for undervisning som mindre enn sykepleier.
- Pasienter ser ikke utfordringer ved undervisning, mens sykepleier hevder å se manglende motivasjon.
- En stor andel helsepersonell mener pasienten er ansvarlig for livsstilsendringer.
- Helsepersonell hevder at manglende informasjon sjelden eller aldri er en barriere i behandlingen.
- Helsepersonell ser på informasjon og støtte som et viktig ansvarsområde, men bare litt over halvparten opplever sine ferdigheter gode nok i en veiledningssituasjon.
- En stor andel helsepersonell oppgir jobben som for hektisk til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon.
- Kunnskap beskrives av pasienter som viktig for livsstilsendringer.
- Å få ny kunnskap av andres erfaring med samme diagnose oppleves positivt.
- For å opprettholde livsstilsendringer er 4 faktorer sentrale: støtte, effekt av endring, frykt for komplikasjoner og det å gjøre endringer til vane.
- Motivasjon hos gruppedeltakere kom som følge av konsekvensene av endring.

- Deltakere ved gruppebasert undervisning har ulike forhold til livsstilsendring etter kurs. Livsstilsendringer blir nedprioritert hos de som ikke kjenner at de er syke og de som hevder de ikke har tid.
- Motiverende intervju blir vanligere i diabetesveiledningen, men det er utfordrende for sykepleiere å nytte og opprettholde sine MI-ferdigheter.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Når målet er god egenomsorg

Litteraturen er klar på at egenomsorg er nøkkelen i behandlingen av diabetes type 2, og at basis er etterlevelse av sunne levevaner. Ut fra Dorothea Orem's teori om egenomsorg, er det som sykepleier nærliggende å tro at pasienter innlagt med komplikasjoner og dårlig regulert blodglukose skyldes egenomsorgssvikt. Dette som følge av at de ikke mestrer egenomsorgsbehovene. Sykepleier vil kunne kompensere ved bruk av sykepleiesystem (Orem, 1995 og Cavanagh 1999).

Orem's *delvis kompenserende system* er aktuell fordi pasienten har sviktende kunnskap og/eller ferdigheter som hindrer vedkommende i selv å dekke egenomsorgsbehovene. Dermed vil *det støttende og undervisende system* også være nødvendig så pasienten kan fortsette å lære og utvikle sine egenomsorgsevner. Sykepleier innehar en kompenserende rolle samtidig som pasienten er sterkt involvert. I *det delvis kompenserende systemet* skal pasienten kunne utføre noe egenomsorg selv, men akseptere assistanse fra sykepleier når det er nødvendig. *Det støttende og undervisende systemet* passer pasienter som ivaretar sin egenomsorg, men trenger assistanse. De to systemene har fellestrekk, men er likevel ulike. Når en pasient blir innlagt som følge av egenomsorgssvikt kan det hevdes at en systemkombinasjon av disse er mest hensiktsmessig fordi pasienten selv kan hevde å ha god egenomsorg, mens sykepleier oppfatter det annerledes (Orem, 1995, Cavanagh, 1999 og Wu, Tung, Liang, Lee og Yu, 2014).

Orem's teori oppgir fem ulike hjelpemetoder som sykepleiere kan benytte seg av i pasientbehandlingen: å utføre handling for, å veilede, å støtte fysisk og psykisk, å sørge for omgivelser som fremmer utvikling samt undervisning. Veiledningsmetode egner seg i situasjoner der det resulterer i at pasienten føres til en beslutning om livsstilsendring. Veiledningen kan innebære forslag, råd, anbefaling, anvisning, instruksjon og tilsyn. Veiledning kan kombineres med fysisk og psykisk støtte. Dette kan gi pasienten den nødvendige motivasjonen til å utføre egenomsorgshandlinger. Støtte minsker risikoen for at pasienter mislykkes og har som formål at pasienten gjennomfører egenomsorg og tar bestemte valg. Dette blir et felles mål for sykepleier og pasient (Orem, 1995).

## 5.2 Samarbeid mellom pasient og sykepleier

Hovedutfordringen i arbeidet med diabetespasienter er at sykepleier skal bidra til at pasienten selv tar ansvar for behandlingen. Helsepersonell er sammen med pasienten ansvarlig for en kontinuerlig veiledning og læring. De tre underliggende faktorene ved endring; motivasjon, mestring og beslutningstaking, ses på som elastiske og kan påvirkes gjennom samarbeid. En stor andel helsepersonell antas å mene at pasienten selv må ta ansvar for avgjørelser vedrørende egenomsorg. Helsepersonell opplever det samtidig som viktig å informere og støtte. Dette kan hevdes å være en utfordrende balansegang. Sykepleier har kunnskap om sykdommen og betydningen av livsstilsendring. Pasienten har på den andre side erfaring med sykdommen, følelser og tanker. Erfaringsmessig kan det oppleves vanskelig å forstå hva pasienten mener og se hvor i endringsprosessen pasienten er. (Mosand og Stubberud, 2011, Jallonoja et al., 2007, Helsedirektoratet, 2009 og Prescott, 2014).

Orem sier det forventes at pasienten føyer seg etter det som blir tilbudt når helsetilstanden endres og pasienten søker råd og assistanse. Dette blir slik jeg ser det feil utgangspunkt i samarbeidet mellom sykepleier og pasient, da litteraturen er tydelig på at endring av levevaner oppleves utfordrende for mange og veiledning er viktig for å kunne bestemme seg for endring. Sykepleiers ansvar er å tilrettelegge at pasienten får kunnskap om hva som kan ha betydning for helse. Deretter er sykepleiers ansvar at pasienten kjenner til sine muligheter og hvordan disse kan gjennomføres. Pasienten har så ansvar for å bruke disse mulighetene (Cavanagh, 1999 og Mosand og Stubberud, 2011).

Det kan være av stor betydning at pasienten får medvirke og bestemme. Dette har også pasienter rett til og helsepersonell en plikt til, all helsehjelp skal baseres på samtykke fra pasienten. På den ene siden kan pasienten ikke ønske et samarbeid om endring, og sykepleier krenker pasientens autonomi dersom dette overses. På den andre siden skal en avgjørelse hos pasienten tas etter at vedkommende har fått god informasjon om konsekvensene av sine valg. Slik jeg ser det kan dette gi sykepleier en god mulighet til å hindre at pasienten foretar et slikt valg, for eksempel gjennom å danne en god relasjon til pasienten (Mosand og Stubberud, 2011, Norsk sykepleierforbund, 2011, Ruyter, Førde og Solbakk, 2007 og Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det hevdes at innleggelse i sykehus fører til integritetskrenking og oppgivelse av autonomi. Erfaringsmessig er dette svært uheldig i forholdet mellom sykepleier og pasient. Derfor er det viktig å lage en god relasjon som kan bidra til at pasienten føler trygghet og støtte. Dette mener jeg er et ansvar hos sykepleier som i avdelingen er på «hjemmebane». Erfaring viser at sykepleier må passe seg vel for en «ovenfra og ned»-holdning. En slik holdning vil etter min mening ikke danne grunnlag for en god relasjon. Møte med helsepersonell hevdes å ha stor betydning for motivasjon, da væremåte og holdninger spiller inn på livsstilsendringene (Cullberg, 2007, s. 113, Tveiten, 2012, Mosand og Stubberud, 2011 og Borge, Christiansen og Fagermoen, 2012).

Jeg mener sykepleier har et spesielt ansvar i diabetesbehandlingen, med et moralsk og faglig aspekt som grunnlag. Å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og gjenopprette helse er viktige ansvarsområder. Pasienter som blir innlagt med komplikasjoner grunnet dårlig blodglukoseregulering gir sykepleier en utfordring. Når pasienten ikke utøver god nok egenomsorg, forventes det, og vedkommende har krav på, faglig forsvarlig behandling og sykepleie. Det er samtidig viktig å poengtere at diabetespasienter og sykepleiere kan oppfatte pasientenes faktiske egenomsorgsevne forskjellig. Sett i et slikt lys kan en hevde at det er sykepleiers oppgave å finne ut hvor pasienten selv mener han er og hva pasienten mener han trenger hjelp til (Nortvedt og Grønseth, 2011, ICN, 2000, Mosand og Stubberud, 2011 og Wu, Tung, Liang, Lee og Yu, 2014).

### **5.3 Veiledning til endring og god egenomsorg**

Sykepleier har gjennom pedagogiske funksjon en mulighet til å påvirke pasienter til varig endring. Sykepleiere og pasienter kan ha ulik oppfatning av pasientens kunnskap og egenomsorgsevne. Det bør være fokus på å informere og veilede pasientene. Forskning viser at sykepleier oppfatter manglende motivasjon hos pasientene som problematisk i veiledningen, mens pasienten ikke nødvendigvis føler det slik. Dette kan være en grunn til at veiledning bør tilpasses individuelt. Det er også viktig at sykepleier unngår å anta hva pasienten vet og forstår. En individuell sykepleie kan tilbys gjennom å se på pasientens livssituasjon, kulturbakgrunn, utdanning, funksjonsnivå og livserfaring når det kommer til sykdom (Dalland, 2010, s. 19, Mosand og Stubberud, 2011, Jallonoja et al., 2007 og Wu,



Tung, Liang, Lee og Yu, 2014). Når 400 000 lever med diabetes i Norge, kan det antas at pasientgruppen gjenspeiler samfunnet for øvrig – alle typer mennesker.

En stor andel helsepersonell hevder at mangel på informasjon sjelden eller aldri er en barriere i behandlingen. De som blir innlagt med komplikasjoner av dårlig regulert blodglukose, har derimot ofte lite kunnskap om sykdommen og mulige konsekvenser av dårlig regulering over tid. Erfaringsmessig har det vist seg at disse pasientene tidligere har fått informasjon om sin sykdom og viktigheten av god egenomsorg. Her fremgår det at det er behov for at helsepersonell, særlig sykepleiere, jobber for å gjøre pasienter med diabetes bedre i stand til å ta beslutninger og kontroll over sykdommen. Samtidig kan det at pasienten tidligere har fått informasjon være en barriere i veiledningen, da gjentakelse av informasjon kan føre til motstand. Dette er et argument for å legge til rette for at pasienten selv forteller hva han/hun vet (Jallonoja et al., 2007, Baggio et al., 2013 og Prescott, 2014).

Mange helsepersonell opplever tiden for knapp til å sette seg inn i pasientenes livssituasjon. Dette stemmer overens med egne erfaringer fra praksis. Tiden pasienten er innlagt i avdeling i dag er kortest mulig. I tillegg er det vanlig med tre vaktskifter i døgnet blant sykepleierne, og man har begrenset tid til hver pasient. Det kan hevdes at tid er nødvendig for at veiledningen skal gjennomføres på en god måte, og bidra til at pasienten bestemmer seg for livsstilsendring. Kun litt over halvparten av helsepersonell ser sine ferdigheter i veiledningen som gode nok. Sett i et slikt lys er det nødvendig å samarbeide med andre, som eksempelvis diabetesteamet, for god nok veiledning og oppfølging (Mosand og Stubberud, 2011 og Jallonoja et al., 2007).

Sykehusene skal ha et diabetesteam tilgjengelig, og teamet skal i prinsippet ha hovedansvar for diabetespasienten med tanke på opplæring og oppfølging. Erfaring tilsier at diabetesteamet er flinkere til å oppsøke de som er nydiagnostiserte, enn de som blir innlagt med komplikasjoner. Dette kan slå uheldig ut for sistnevnte pasientgruppe, som også kan ha god nytte av diabetesteamet. Ut fra mine observasjoner vil jeg hevde at sykepleiere har et ansvar for at denne pasientgruppen og deres behov blir dekket. Dette kan eksempelvis tas opp med behandlende lege som igjen kan «henvise» pasienten til et slikt tilbud. Som sykepleier i avdelingen kan vi være pasientens stemme (Helsedirektoratet, 2009).

## 5.4 Innhold og metoder i veiledningen

Hensikten med veiledning er at pasienten skal motiveres til livsstilsendring. Forskning viser at de som motiveres av ytre faktorer har mindre sjanse for en vellykket endring enn de som motiveres av indre faktorer. Pasienters forhold til kosthold og fysisk aktivitet og hva de selv mener de er i stand til å oppnå er kartlagt. Kostholdet blir mer påvirket av ytre faktorer, mens fysisk aktivitet påvirkes mer av indre faktorer. Dette indikerer at å styrke pasientens tro på egen gjennomførelsessevne og verdier har liten hensikt når det gjelder kosthold. Det hevdes at å styrke indre motivasjon og i tillegg gi bedre og tydeligere informasjon, vil kunne bidra til bedre resultater i forhold til fysisk aktivitet. Helsepersonell anbefales å ha mer fokus på fysisk aktivitet ved veiledning. Å lære om mat og ulike ingredienser i forhold til diabetes har også vist seg å være heldig, så det kan hevdes at både fysisk aktivitet og kosthold må inngå i veiledningen, men at fysisk aktivitet burde få større fokus (Ofteidal, Bru og Karlsen, 2011 og Rise, Pellerud, Rygg og Steinsbekk, 2013).

Listen over metoder som kan brukes i veiledningen av sykepleier er lang. Organiserte veiledningstiltak er nødvendig for å bidra til motivasjon og kunnskap. Noen hevder at veiledning bør skje kontinuerlig både i den individuelle oppfølgingen og som læringstilbud i grupper (Hesledirektoratet, 2009). I denne delen ser jeg nærmere på bruk av motiverende intervju og gruppeveiledning.

Bruk av motiverende intervju (MI) kan være nyttig. Studier har derimot vist ulike resultater angående bruk av MI. En studie viste at ferdighetene blant sykepleiere ikke var merkbart bedre ett år etter gjennomført kurs og trening i MI. Det viste seg at sykepleierne ikke vedlikeholdt ferdighetene og kun to av 24 ferdigheter var forbedret. Disse var «inviting the patient to talk about behaviour change» og «assessing patient's confidence in changing their lifestyle». Tidsbruk ved veiledning, mengden diskusjon om livsstil og pasienters tanker om å endre livsstil ble sett på som positivt når sykepleierne brukte MI-ferdigheter. Det har kommet frem at MI bidrar til større forståelse for sykdommen blant diabetespasientene, samt større tro på behandling og gjennomføring av livsstilsendringer. Noen hevder at MI ikke har noen bedre effekt enn vanlig veiledning. Studier har vist at pasienter får bedre kontroll over sykdommen etter veiledning, uansett om det ble brukt elementer av MI eller ikke. For det første indikerer dette at MI kan være et nyttig verktøy i veiledningen av diabetespasienter, for det andre kommer det frem at MI-ferdigheter hos helsepersonell er av betydning og må vedlikeholdes.

Sist men ikke minst er veiledning generelt, med eller uten bruk av MI, nødvendig for at pasienter skal kunne motiveres til livsstilsendringer (Vaaler og Møinichen, 2014, Jansink et al., 2013, Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Borch-Johansen og Christensen, 2009 og 2011).

Noen vil hevde at gruppeveiledning er gunstig for diabetespasienter. Mål og målgruppe i gruppeveiledningen avgjør hva som skal tillegges størst vekt i denne veiledningsmetoden. Her har jeg sett på gruppeveiledning om kosthold og fysisk aktivitet. Slik veiledning arrangeres av diabetesteamene eller av sykehusets Lærings- og mestringssenter (LMS). LMS skal være et supplement til veiledning som gis i avdeling, ved poliklinikk eller i primærhelsetjenesten. Forskning har vist at flere elementer i gruppeveiledningen oppleves som positivt av pasienter. Å møte andre med samme diagnose bidrar til mer kunnskap. Også undervisning om mat og fysisk aktivitet i disse gruppene beskrives positivt og bidrar til en større forståelse.

Gruppedeltakere har beskrevet at motivasjon kommer som følge av positive resultat av endring. For å opprettholde endring er fire faktorer sentrale: støtte, oppdage effekt av endring, frykt for komplikasjoner og det å gjøre endringene til en vane. Av de som deltar i gruppeveiledning er det likevel noen som ikke endrer livsstil. Deres forklaring er at det blir nedprioritert på grunn av for liten tid og/eller at de ikke kjenner at de er syke. Med bakgrunn i at ikke alle endrer livsstil etter gruppeveiledning kan en hevde at gruppeveiledning bør komme i tillegg til individuell veiledning og være opp til hver enkelt (Helsedirektoratet, 2009 og Rise, Pellerud, Rygg og Steinsbekk, 2013).

## 5.5 Oppfølging

Det poengteres at oppfølging i form av kontroller er viktig i diabetesbehandlingen. Kontrollhyppigheten bør individualiseres. Som en hovedregel anbefales enkle rutinekontroller hver 2.-6. måned og en grundigere kontroll minst en gang i året. I de tilfeller behandlingsmålene ikke nås eller pasienten har somatisk eller psykisk tilleggssykdom kan det være nødvendig med hyppigere kontroll. Dette kan gjelde for pasientene i denne oppgavens problemstilling. Oppfølging skjer i hovedsak hos fastlege, og det kan hevdes at det derfor er et viktig ansvar for sykehus å formidle informasjon som gjør at pasienten får den oppfølgingen han/hun har krav på. Som pårørende til en diabetiker har jeg hørt utsagn som «å gå til kontroll er gullerota», og da refereres det til kontrollmåling av blodglukosen. På bakgrunn av det er det rimelig å si at oppfølging også er viktig når livsstilsendringer har blitt en vane. Mye tyder på

at en slik oppfølging er svært gunstig da konsekvenser av endring gir motivasjon, og dette kan blant annet ses ved kontrollmåling av blodglukose (Helsedirektoratet, 2009 og Rise, Pellerud, Rygg og Steinsbekk, 2013).

## 6.0 Konklusjon

God egenomsorg er nødvendig for kontroll over sykdommen, og sykepleier kan være en viktig støttespiller. Sykepleier har et ansvar ovenfor de som blir innlagt med diabetes type 2 og komplikasjoner. Pasientene skal få vite om sine muligheter og settes i stand til å bruke de. I møte med denne pasientgruppen er det av stor betydning å danne en god relasjon. Møte med sykepleier virker inn på motivasjonen for livsstilsendring. Pasienten har rett til å få medvirke. Dette er nødvendig for å bli motivert. Pasient og sykepleier kan ha ulike oppfatninger vedrørende egenomsorg og behov for sykepleie. Dette må tas hensyn til i tilnærmingen.

Å endre livsstil kan være komplisert. For at pasienten skal kunne oppfylle sine egenomsorgsbehov er hjelpemetodene veiledning og støtte sentrale.

Det bør foregå på pasientens premisser. Bruk av motiverende intervju kan være nyttig så fremt sykepleier behersker denne veiledningsmetoden. I tillegg kan gruppeveiledning virke positivt på motivasjonen, men en kombinasjon av individuell veiledning og gruppeveiledning er å foretrekke. Det viser seg at veiledning, uansett metode, kan påvirke pasienten til en endring. Pasienten skal informeres om veiledningsmuligheter som finnes. Veiledningene bør ha innhold som fokuserer på indre faktorer for å påvirke motivasjonen, og fysisk aktivitet kan med fordel vektlegges. Gjentakelse av informasjon pasienten allerede har hørt og forstått er uheldig. Dette kan unngås ved at pasienten får fortelle om sine erfaringer med sykdommen.

Det kan være utfordrende at veiledning skjer i avdeling hvor pasienten er innlagt, da innleggelsen ofte er kort og det ikke er avsatt tid. Sykehusenes diabetesteam bør kobles inn for at pasienten skal få best mulig oppfølging. Oppfølging er nødvendig også etter utskrivelse, og dette må videreformidles til primærhelsetjenesten.

Til syvende og sist er det opp til pasienten å ta en beslutning om livsstilsendring. Sykepleier kan derimot være en god motivator ved å skape et godt samarbeid, individualisere veiledning og hensynta pasientens rett til å bestemme selv.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått kjennskap til mye forskning på temaet diabetes type 2 og motivasjon til livsstilsendring. Det kan med fordel gjøres flere studier som omhandler pasientgruppen som har fått informasjon og veiledning over tid, men ikke foretatt en livsstilsendring.

## Referanseliste

- Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. (1. utg., s. 1). Maidenhead: McGraw-Hill
- Baggio, S. C., Aparecida Sales, C., Silva Marcon, S., & Lima Santos, A. (2013). Perception of people suffering from diabetes regarding the disease and the reasons for hospital readmission: a descriptive study. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 12(3), 501-510.
- Barth, T, Børtveit, T og Prescott, P (2013). *Motiverende intervju – samtaler om endring* (1. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Borge, L., Christiansen, B., & Fagermoen, M. S. (2012, Januar). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien forskning nr 1, 2012; 7: 14-22* doi: 104220/sykepleienf.2012.0024.
- Brataas, H. V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis- Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 18). Oslo: Gyldendal akademisk
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Cullberg J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling – en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Furuset, K. (2014). Diagnostikk av diabetes. I S. Vaaler og T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 34, 35 og 37). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Heggen, K. (2008). Rammer for meistring. I T.J. Ekeland og K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjøring – reform eller retorikk?* (1. utg. s. 64 og 65). Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer. *Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell av 1. Januar 2001 nr. 64. Hentet 20. Januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- International Council of nurses. (2000). *The ICN code of ethics for nurses*. Hentet 8. januar fra: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/113948/icncode.pdf>

- 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.
- Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn, G., van der Weijden, T. og Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial. *BMC Family Practise 2013: 14:44*. doi:10.1186/1471-2296-14-44
- Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell og E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 380, 381, 385 og 386). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kveseth, B og Mikkelsen, J. (2010). Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (3. utg). Oslo: Akribe
- Mosand, D. R. & Stubberud, D. G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 508, 509 og 516). Oslo: Gyldendal akademisk
- Møinichen, T. (2014). Hva er diabetes? I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 31). Oslo: Gyldendal akademisk
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). Sjekklister for vurdering av prevalensstudie. Hentet 8. januar 2015 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). Sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Hentet 8. januar 2015 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Norsk sykepleierforbund (2011, 9. August). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 20. januar fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2011). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D. G. Stubberud, og R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 18-21.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(4), 735-744. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x
- Olsson, H. og Sörensen, S. (2006). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Orem, D. E. (1995). *Nursing – concepts of practise*. St. Louis: Mosby
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1. januar 2001*. nr. 63. Hentet 20. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker>
- Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler og T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg, s. 23 og 24). Oslo: Gyldendal akademiske
- Reitan, A. M. (2011). Mestring. I U. Knustad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 74 og 82). Oslo: Akribe
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget
- Rise, M. B., Pellerud, A., Rygg, L. Ø., & Steinsbekk, A. (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *Plos ONE*, 8(5), 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0064009
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2011). Effect of "motivational interviewing" on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 29(2), 92-98. doi:10.3109/02813432.2011.554271
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RC, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 27(3), 172-179. doi:10.1080/02813430903072876
- Ruyter, K.W., Førde, R. og Solbakk, J.H. (2007) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik og T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Vaaler, S. og Møinichen, T. (2014). Hvorfor får man type2-diabetes? I S. Vaaler og T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 53). Oslo: Gyldendal akademisk
- Vaaler, S. og Møinichen, T. (2014). Behandling av type 2-diabetes. I S. Vaaler og T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 90). Oslo: Gyldendal akademisk
- World Health Organization. (2014). *Diabetes*. Hentet 7. januar 2015 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Wu, S. V., Tung, H., Liang, S., Lee, M., & Yu, N. (2014). Differences in the perceptions of self-care, health education barriers and educational needs between diabetes



patients and nurses. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 46(2), 187-196. doi:10.5172/conu.2014.46.2.187

## Vedlegg 1: Resultattabell forskningsartikler

Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere/utvalg	Hovedfunn/resultat
Nr. 1 <b>«Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes»</b> (Oftedal, Bru og Karlsen, 2011).	Hvordan faktorer av indre motivasjon, som forventninger til egen evne til gjennomføring og verdier, kan knyttes til kosthold og fysisk aktivitet.	Kvantitativ Spørreskjema	425 personer	Å styrke indre motivasjon og i tillegg gi bedre og tydeligere informasjon, vil kunne bidra til bedre resultater i forhold til fysisk aktivitet hos diabetespasienter
Nr. 2 <b>«Perception of people suffering from diabetes regarding the disease and the reasons for hospital readmission: a descriptive study»</b> (Baggio, Aparecida Sales, Silva Marcon og Lima Santos, 2013).	Å identifisere hvordan personer med dårlig regulert blodglukose oppfatter sykdommen og årsak til sykehusinnleggelse.	Kvalitativ Intervju	7 deltakere	Pasientene hadde lite kunnskap om sykdommen og konsekvensene av dårlig regulert blodglukose. De hadde derimot mer kunnskap om selve komplikasjonene de hadde fått og alvorlighetsgraden av disse.
Nr. 3 <b>«Differences in the perceptions of self-care, health education barriers and educational needs between diabetes patients</b>	Å undersøke forskjeller mellom pasienters og sykepleieres oppfatninger av pasientenes handlinger vedrørende egenomsorg, barrierer for å delta i undervisning og pasientenes	Kvantitativ Spørreskjema	312 pasienter og 202 sykepleiere	Pasientene oppfatter deres egenomsorgsevne bedre enn hva sykepleierne oppfattet. Pasientene oppfattet også undervisningsbehov som mindre enn sykepleierne. Pasientene så ikke utfordringer i forhold til undervisning, mens

<p><b>and nurses»</b></p> <p>(Wu, Tung, Liang, Lee og Yu, 2014).</p>	<p>undervisningsbehov.</p>			<p>sykepleierne derimot så eksempelvis manglende motivasjon som utfordrende.</p>
<p>Nr. 4</p> <p><b>«The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses»</b></p> <p>(Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela, og Patja, 2007).</p>	<p>Å undersøke hvordan leger og sykepleiere oppfatter rollene til pasienter og helsepersonell i behandlingen av livsstilssykdommer</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Spørreskjema</p>	<p>220 leger og sykepleiere</p>	<p>Deltakerne mente at pasienten selv var ansvarlig for beslutningstaking relatert til livsstilsendringer. Over halvparten av deltakerne oppga at manglende informasjon sjelden eller aldri var en barriere i behandlingen. De svarte at informasjon og støtte for å kunne motivere, var et viktig ansvar. Kun litt over halvparten mente de hadde nok ferdigheter i en veiledningssituasjon. En stor andel av både legene og sykepleierne mente at de hadde for liten tid til å sette seg inn i pasientenes livssituasjon.</p>
<p>Nr. 5</p> <p><b>«Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management</b></p>	<p>Å undersøke hvordan deltakere gjennomfører livsstilsendringer og holder på disse etter deltakelse i gruppebasert undervisning</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Intervju</p>	<p>23 deltakere</p>	<p>Positivt å møte andre med samme diagnose.</p> <p>Kunnskap om sykdommen er sentral for å gjøre endringer</p> <p>Diabetespasienter uten symptomer og følelsen av for liten tid foretar ikke livsstilsendringer.</p>

<p><b>Educations: A qualitative Study»</b></p> <p>(Rise, Pellerud, Rygg og Steinsbekk, 2013).</p>				<p>Fire sentrale faktorer for å bevare livsstilsendringer: støtte fra andre, oppdage effekten av endringer, frykt for komplikasjoner og det at endringene ble en vane.</p>
<p>Nr. 6</p> <p><b>«Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial»</b></p> <p>(Jansink, Braspenning, Laurant, Keizer, Elwyn, Wijden og Grol, 2013).</p>	<p>Å sammenligne sykepleiere med og uten MI-trening, og hvordan dette påvirket kliniske parameter, livsstil, pasienters beslutning om å endre livsstil og livskvalitet.</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Lydbånd og videoopptak</p>	<p>30 sykepleiere med trening. 35 uten trening.</p>	<p>Resultatene ved oppfølging viste at det kun var to av 24 MI-ferdigheter som var forbedret. Disse var <i>«inviting the patient to talk about behaviour change»</i> og <i>«assessing patient's confidence in changing their lifestyle»</i>. Den første ferdigheten ble forbedret i begge gruppene.</p>