

Kostholdsveiledning til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2

Kandidatnummer: 397, 516
Lovisenberg Diakonale Høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8864
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
Tittel Kostholdsveiledning til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2.	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Kan kostholdsveiledning gi bedre blodsukkerkontroll hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Diabetes mellitus type 2 er en svært vanlig livsstilssykdom der det vil være nødvendig å gjøre livsstilsendringer for å holde et stabilt blodsukker. Pasienten vil ha behov for veiledning på poliklinikken om kostholdet som anbefales. Sykepleier vil få ulike funksjoner som å veilede, informere og motivere pasienten til å gjøre kostholdsendringen med mål om å oppnå god blodsukkerkontroll.</p> <p><u>Metode:</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave der forskningsartikler og faglitteratur benyttes for å besvare problemstillingen. Vi har brukt PubMed og CINAHL i søk etter forskningsartikler, der følgende søkeord er benyttet: «Diabetes Mellitus type 2», «Guidance», «Nursing care», «Motivation», «Diet», «Self- Management», «Lifestyle change», «Quality of life».</p> <p><u>Drøfting:</u> Drøftingen tar for seg resultatene fra fire forskningsartikler og diskuterer funnene fra disse på bakgrunn av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Betydningen av veiledningen og sykepleiernes rolle i diabetesbehandlingen vil være av betydning i gjennomføringen av kostholdsendringer. Således vil også pasientens indre og ytre motivasjons være en sentral faktor og pasienter er avhengig av å få god informasjon og gode råd for å kunne gjøre en endring i livsstilen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Det er flere faktorer som kan påvirke i hvor stor grad pasienten klarer å oppnå blodsukkerkontroll. Sykepleieren veiledning og relasjon vil være av stor betydning. Pasienten vil også være avhengig av god motivasjon til å endre og etterleve kostholdsrådene.</p>	

(Totalt antall ord: 243)

Innholdsfortegnelse:

1	Innledning	1
1.1	Innledning til tema.....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	1
1.3	Presentasjon av problemstilling.....	1
1.4	Definisjon av sentrale begrep i problemstilling.....	2
1.5	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
2	Teori.....	3
2.1	Diabetes type 2.	3
2.2	Kosthold.....	3
2.3	Blodsukkerkontroll	5
2.4	Veiledning	6
2.4.1	Kommunikasjon	7
2.5	Motivasjon.....	8
2.6	Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde	9
2.7	Lovverk og etikk.....	10
3	Metode	12
3.1	Litteratursøk.....	12
3.1.1	Valg av database og søkeord.....	12
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.1.3	Kvalitativ metode	15
3.2	Øvrig inkludert litteratur.....	15
3.3	Kildekritikk.....	16
3.3.1	Litteratursøk og inklusjon av forskningsartiklene.....	16
3.3.2	Inkludering av øvrig litteratur	17
3.4	Etiske vurderinger.....	17
4	Presentasjon av forskningsartiklene.....	18
4.1	Syntese.....	18
5	Diskusjon	21
5.1	Pasientens behov for informasjon.....	21
5.2	Veiledning	22
5.3	Kommunikasjon.....	24
5.4	Motivasjon.....	24
5.4.1	Pårørende som motiverende ressurs.....	26
5.5	Kunnskap.....	27
6	Avslutning.....	29
7	Referanseliste	30
	Vedlegg.....	35

1 Innledning

1.1 Innledning til tema

Det anslås i dag at rundt 280 000 mennesker lever med diabetes type 2 (Stene et al., 2020). Livsstilsykdommen er en av de vanligste vi har i Norge med en forekomst som er i stadig økning (Møinichen, 2014, s. 32). Årsaken skyldes økt levealder og bedre diagnostikk, men også økt inntak av mettet fett, sukker, samt sedat livsstil og fysisk inaktivitet (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54). Før ble diabetes type 2 sett på som en «gammelmannssykdom» fordi det stort sett var eldre personer som fikk sykdommen, men i dag rammes stadig flere og yngre personer. Det medfører at disse personene må leve lenge med sykdommen, og er dermed utsatt for komplikasjoner og følgesykdommer direkte relatert til diabetes type 2 (Møinichen, 2014, s. 32).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Sykdommens hyppige forekomst gjør at vi som sykepleiere garantert vil møte denne pasientgruppen. Tilstrekkelig kompetanse vil derfor være nødvendig. Sykepleierens veiledende rolle vil være viktig for å hjelpe pasienten til livsstilsendringer. Dette kan foregå på poliklinikken individuelt eller i gruppebaserte kurs. Kostholdsendringer er et essensielt behandlingstiltak hvor formålet er at sykepleier veileder og motiverer pasienten til et kosthold som kan stabilisere blodsukkeret (Sagen 2011, s. 39). I arbeidet med bacheloroppgaven ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om sykepleiernes veiledende rolle til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 kan oppnå blodsukkerkontroll gjennom kostholdsveiledning. På bakgrunn av dette kom vi frem til følgende problemstilling:

Kan kostholdsveiledning gi bedre blodsukkerkontroll hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2?

1.4 Definisjon av sentrale begrep i problemstilling

Her er de mest sentrale begrepene definert:

Blodsukkerkontroll:

Handler om å regulere blodsukkeret til anbefalt referanseverdi ($< 7\text{mmol}$ fastende og $< 7\%$ HbA1c), med et mål om å holde det stabilt under denne verdien over tid (Mosand & Stubberud, 2016, s. 61).

Kostholdsveiledning:

Veiledning innebærer en istandsettingsprosess med hensikt om å øke mestringskompetanse og selvstendighet (Tveiten, 2016, s. 89). I denne besvarelsen er kostholdsenring målet med veiledningen, og derfor vil begrepene kostholdsveiledning og veiledning brukes synonymt.

Motivasjon:

«(...) innebærer mobilisering av energi og retning for å skape interesse og utvikle engasjement og lyst til selv å investere i bestemte aktiviteter og handlinger» (Karlsen, 2011, s. 220).

1.5 Avgrensing og presisering av problemstilling

Som sykepleier er det stor sannsynlighet for at man kommer til å møte denne pasientgruppen i arbeidslivet (Mosand & Stubberud, 2017, s. 51). Konteksten for oppgaven vil være en poliklinikk på sykehuset. Sykepleierens rolle er å veilede pasienten til kostholdsending for å stabilisere blodsukkeret. I en klinisk situasjon vil forebyggende funksjon også være sentralt, nettopp for å forebygge senkomplikasjoner av et uregulert blodsukker (Mosand og Stubberud, 2017, s. 56). Samtidig er fokus i oppgaven veiledning, og forebygging av senkomplikasjoner vil dermed ikke beskrives videre i besvarelsen. I henhold til retningslinjene for diabetes vises det til at fysisk aktivitet, legemidler og kostholdsendinger er sentrale momenter i behandling (Mosand & Stubberud, 2016, s. 61). I denne besvarelsen har vi valgt å avgrense til kostholdsending, fordi dette vil være den enkelte faktoren som vil ha størst positiv effekt på blodsukkernivået (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg er kosthold et tema sykepleier ofte veileder pasienten i og det vil i liten grad kreve spesialistutdannelse. Brukermedvirkning og brukerfunksjoner er svært sentralt i kostholdsveiledning (Allgot, 2011, s. 2010), men grunnet omfanget blir ikke dette inkludert som et eget punkt i besvarelsen. Målgruppen vil være personer i aldersgruppen 40- 65 år fordi det er i denne aldergruppen de fleste får diagnosen (Møinichen, 2014, s. 32).

2 Teori

I dette kapittelet presenteres relevant teori for å utdype og besvare problemstillingen videre i drøftingen. Vi presenterer teori om diabetes type 2, anbefalt kosthold og blodsukkerkontroll. Videre presenteres veiledning, motivasjon og sykepleierens funksjon, samt relevant lovverk.

2.1 Diabetes type 2.

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som kjennetegnes av en varierende grad av insulinresistens og relativ insulinmangel (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). I dag regner man med at tilsvarende like mange som er diagnostisert med diabetes lever med det uten å være klar over det. En av grunnene skyldes at sykdommen utvikler seg langsomt og tar tid å diagnostisere siden symptomene sjelden blir akutte før etter lang tid (Møinichen, 2014, s. 31). Mange vil derfor ha utviklet senkomplikasjoner på diagnosetidspunktet, ettersom de over lenger tid har gått med høyt blodsukker (Jenssen, 2016, s. 395). For mange personer med nyopplaget diabetes vil det oppleves skummelt, og de vil ha et stort informasjonsbehov.

Pasienter med nylig diagnostisert diabetes har rett på informasjon og opplæring. Fastlegen skal tilby henvisning som primært er individuell veiledning, og/ eller gruppeveiledning og kurs i ulike tema. Det er spesialisthelsetjenesten som har hovedansvaret for opplæringen (Helsedirektoratet, 2016d). Behandlingen av diabetes type 2 handler om å regulere blodsukkeret til ønskelig verdi, og ha nøye kontroll over øvrige metabolske faktorer slik som blodlipidprofil, kolesterol og triglyserider, samt blodtrykk. Når tilrettelegging av levevaner og livsstilsendring ikke er tilstrekkelig, må det suppleres med legemidler. Etter hvert vil også flere ha behov for insulininjeksjoner. For de fleste vil endring i levevaner som kosthold og fysisk aktivitet ofte være tilstrekkelig for tilfredsstillende regulering av blodsukker de første månedene eller årene (Jenssen, 2016, s. 394-395). En forutsetning for å holde et stabilt blodsukker er at pasienten etterlever veiledningen og opprettholder de endringene som er nødvendig å gjøre både på kort og lang sikt. Direkte overføring av informasjon vil ikke være nok, fordi pasienten også må forstå den (Funnell & Anderson, 2000).

2.2 Kosthold

Kostholdet er det som i størst grad påvirker variasjoner i blodsukkeret på dagtid. Endring av kostholdet vil derfor ha stor betydning for blodsukkerregulering hos pasienter med diabetes

type 2 (Jenssen, 2016, s. 396). For de med diabetes type 2 anbefales generelt de samme kostholdsradene som for den øvrige voksne befolkningen (Helsedirektoratet, 2019b). Helsedirektoratet har utviklet 13 kostråd som er basert på en kombinasjon av næringstoffsråd og matvareråd (se tabell 1). I anbefalingen om et variert kosthold understrekes det at grove kornprodukter, grønnsaker, frukt, bær og nøtter bør ta størst plass (Helsedirektoratet, 2016a). Disse matvarene er lave på mettet fett og tilsatt sukker. De er også rike på kostfiber som vil gi mer langsom tømming av ventrikkelen og er dermed gunstig for blodsukkerstigningen. Grove kornprodukter inneholder 2-3 ganger så mye kostfiber enn lyse/fine kornprodukter, som det anbefales å ha et begrenset inntak av. Daglig anbefalt inntak av kostfiber ligger på ca. 25 gram. Sukker, salt, bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt anbefales det også å ha et begrenset inntak av. Anbefalt inntak av tilsatt sukker er i underkant av 10 energiprosent, som tilsvarer ca. 60 gram pr. dag. Saltinntaket anbefales til under 6 gram pr. dag (Helsedirektoratet, 2016bc). Personer med diabetes kan med fordel ligge noe under disse anbefalingene (Mosand & Stubberud, 2016, s. 65). Videre anbefales det å bytte ut mettet fett som smør og animalsk fett med umettet fett som olivenolje, rapsolje, solsikkeolje og maisolje. Vann, te eller kaffe bør velges fremfor brus, fruktjuice, eller andre sukkerholdige drikker (Helsedirektoratet, 2016a). Sukker og sukkerholdig drikke kan også erstattes med andre søtningserstatninger og sukkerfri brus siden de ikke vil påvirke blodsukkeret (Aas, 2011, s. 134).

I tillegg til de generelle kostholdsanbefalingene, anbefales pasienter med diabetes å unngå mat eller drikke med mye sukker. Inntak av frukt bør erstattes med bær og grønnsaker, men også vurderes ut fra individuell blodsukkerregulering. De fleste frukter inneholder mer sukker enn bær, som kan medføre at enkelte får en høy blodsukkerstigning ved høyt inntak (Helsedirektoratet, 2019a). Av matvarer som er gunstige å øke inntak av nevnes belgvekster og nøtter. Det anbefales lik mengde grove kornprodukter slik som de generelle kostholdsradene.

Tabell 1, Helsedirektoratet sine generelle kostholdsrad.

Et variert kosthold.
Fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær daglig.
Grove kornprodukter daglig.
Fisk to til tre ganger pr. uke.

Magert kjøtt og kjøttprodukter. Begrenset mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
Magre meieriprodukter.
Matoljer og flytende margarin fremfor smør og hardt margarin.
Velg matvarer med lite saltinnhold og begrenset bruk av salt i og på maten.
Vann som tørstedrikk.
Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
Fysisk aktivitet, minimum 30 min hver dag.

2.3 Blodsukkerkontroll

Måling av blodsukkeret er en sentral del av behandlingen ved diabetes type 2 og utføres som en rutinekontroll. Pasienter med diabetes anbefales å tilstrebe en blodsukkerverdi som er nær den normale. Det vil si at blodsukkerverdien bør være mellom 4 og 7 mmol/L fastende (Mosand & Stubberud, 2016, s. 60). Rutiner for blodsukkermåling avtales individuelt med pasienten, men målingene tas som oftest før måltidene, 1,5 – 2 timer etter måltidene og på kvelden før leggetid (Mosand & Stubberud, 2016, s. 60, 63). Egenmålinger av blodsukkeret vil gi pasienter med nyopplaget diabetes økt trygghet og innsikt i sykdommen (Helsedirektoratet, 2016e). De vil også se virkningene av levevanene, som for eksempel kosthold, vil ha for blodsukkernivået (Diabetesforbundet, 2021). HbA1c, viser det gjennomsnittlige blodsukkeret fra 6-8 uker ved at man måler prosentandelen av hemoglobin som har bundet til seg glukose etter de røde blodcellene er nedbrutt. HbA1c-verdi over eller lik 6.5% vil si at personen har diabetes, og ved oppfølging bør pasientene tilstrebe en HbA1c-verdi på < 7% (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52, 60). Målingene vil være aktuelle for å se hvordan pasienten overholder kostholdsendingen hjemme. For å holde blodsukkeret på et stabilt nivå må personer med diabetes finne en god balanse mellom matvaner, mengde mat, måltidsrytme og vekt (Aas, 2011, s. 139).

Blodsukkeret påvirkes av flere faktorer, men karbohydratinnholdet i kosten er det som først og fremst får blodsukkeret til å stige. Noen matvarer vil få blodsukkeret til å stige raskere enn andre. Personer med diabetes vil ofte anbefales å bruke komplekse karbohydrater i kosten og at enkle karbohydrater, slik som fruktose fra frukt, bør inntas sammen med et annet makronæringsstoff slik som nøtter. Inntak av fett eller protein sammen med enkle karbohydrater vil føre til en langsommere blodsukkerstigning (Aas, 2011, s. 124). Personer

med diabetes bør derfor få god veiledning i hvordan mat og drikke påvirker blodsukkeret siden det er de som skal utføre de daglige behandlingstiltakene (Lundestad, 2014, s. 72). Måltidsrytmen i løpet av dagen vil også ha betydning for blodsukkeret. Flere små måltider fordelt utover dagen, fremfor få store, har vist seg å være gunstig for blodsukkerkontrollen (Aas, 2011, s. 126). Mengden karbohydrater pr. måltid vil da reduseres, som i sin tur reduserer mengde insulin kroppen trenger (Diabetesforbundet, 2016).

2.4 Veiledning

Når helsesituasjonen til et menneske endrer seg, vil hele deres livssituasjon påvirkes. Personen kan trenge ny kunnskap, og kanskje legge om livsstil og vaner. I en slik situasjon vil pasienten trenge informasjon og veiledning (Eide & Eide, 2017, s. 257). I denne konteksten møter vi pasienten på en poliklinikk. Pasienten som nylig har blitt diagnostisert med diabetes type 2 kan oppleve ulike reaksjoner, og vil trenge veiledning og opplæring i kosthold for å mestre dette hjemme (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Veiledning er et bredt begrep som innebærer at sykepleier sammen med pasienten hjelper han i å se sin egen vei og mål klarere (Eide & Eide, s. 258).

Tveiten (2019, s. 34) omtaler veiledning som et paraplybegrep. En veiledningsprosess kan inkludere andre pedagogisk metoder slik som undervisning, rådgivning, informasjon og instruksjon, alt etter pasientens behov. En pasient som får veiledning i kostholdsendring, vil eksempelvis trenge undervisning og informasjon om kostholdsråd for blodsukkerkontroll, og rådgivning for å kunne holde endringen over tid. De inkluderende metodene brukes ofte om hverandre med veiledning, så sykepleieren må være bevisst på hva overskridelser av metodene kan innebære for pasienten. Dersom pasienten kommer til veiledning og sykepleieren kun informerer om hva pasienten må gjøre, vil ikke dette være veiledning. Pasienten får nemlig ikke mulighet til å utforske veien selv. Videre skal veiledning innebære pasientens opplevelser, erfaringer, her- og nå situasjon, og fremtidige utfordringer (Tveiten, 2019, s. 34-35). Pasienten som mottar veiledningen må være bevisst på hva det innebærer, og hva som er hensikten. Han må også se hva han kan jobbe med i veiledningen (Tveiten, 2019, s. 23). En forutsetning for dette er at pasienten er motivert (se s. 8). Veiledning vil også innebære å speile pasientens styrker og lengsler, utforske mål, og gi bekreftelse på veien. At sykepleieren har en veiledende rolle forutsetter at hun ser pasienten. Det innebærer hans liv, erfaring og forestillinger om tiden fremover. Pasientens følelser, prioritering og ønsker vil

også være relevant. Sykepleieren bør derfor ha en grunnholdning om å stille seg åpen og interessert til pasienten. Det bør også tilstrebes en god relasjon med pasienten. Selv om det er pasienten som skal finne veien, bør sykepleieren støtte han (Eide & Eide, 2017, s. 258-259). Kvaliteten på veiledningen vil være avhengig av kvaliteten på relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. En god relasjon vil kunne skape trygghet og tillit i veiledningen. Sykepleieren har et etisk ansvar for å tilse at pasienten tar imot veiledning, og hun må balansere sin makt ettersom hun har merkompetanse om ernæring og blodsukkerkontroll (Tveiten, 2019, s. 19-22).

I veiledning om kosthold anbefales det å snakke om et sunt kosthold fremfor å bruke ordet diabeteskost (Mosand & Stubberud, 2016, s. 65). Det anbefales også at kostholdet er mest mulig likt vanlig kosthold, men med et lavere innhold av sukker og fett. Når pasienten skal legge om kostholdet, er det også viktig å ikke ha for store og urealistiske ambisjoner, noe mange får spesielt etter sykdomsdebut. Sykepleier må derfor kartlegge pasientens kosthold og sammen med ham formulere mål, slik som f.eks. 5 om dagen. En streng og ekstrem helsefokusert livsstil vil ikke mange klare å leve med over flere år og vil etter hvert gi opp (Aas, 2011, s. 142). Store ambisjoner om kosthold er ikke negativt i seg selv, men det er viktig at fokuset ikke bare rettes mot økt eller redusert inntak av gitte næringsstoffer. Kosthold er så mye mer, det handler også om hygge, familie, venner og glede. I veiledningen bør sykepleier minne pasienten om dette slik at endringer på både kort og lang sikt kan bli overkommelig og mulig å gjennomføre.

2.4.1 Kommunikasjon

Når sykepleieren skal veilede pasienten forutsetter det gode kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon dreier seg om å skape en god relasjon, trygghet og tillit. Det omfatter også at kommunikasjonen er personorientert der sykepleieren er åpen og interessert i pasienten, lytter aktivt og observerer hva som er viktig for han (Eide & Eide, 2017, s. 17, 22). Som helsepersonell vil ikke kommunikasjonen være den samme som vi har i det daglige privatlivet, men rettes mot en profesjonell kommunikasjon. I profesjonell kommunikasjon er det et helsefaglig formål om å fremme helse og forebygge skade og sykdom. Sykepleieren får dermed en hjelpende funksjon ved bruk av sin kompetanse og posisjon (Eide & Eide, 2017, s. 17, 32). I denne konteksten vil sykepleieren være i en posisjon der hun kan veilede pasienten til å gjøre kostholdsending gjennom sin kompetanse om temaet. Et eksempel kan være at

sykepleieren informerer pasienten om at han i stor grad kan spise en normal sunn kost, men mengden fett og sukker bør reduseres (Helsedirektoratet, 2019b). For at kommunikasjonen skal være hjelpende bør informasjonen formidles på en forståelig måte (Eide & Eide, 2017, s. 33). På den måten kan pasienten løse problemer og mestre den nye situasjonen så godt som mulig. Det vil si at sykepleier må bruke et språk som er forståelig for pasienten og unngå fremmedord og uttrykk. Sykepleier må også sikre at den viktigste informasjonen som er gitt er mottatt og forstått.

2.5 Motivasjon

Motivasjon kan defineres «som en kognitiv og holdningsmessig predisposisjon for kunnskapstilegnelse og handling. Å lære noe nytt krever motivasjon, men har en først lært det nye, kan det vise seg i endret atferd» (Karlsen, 2011, s. 219). Å være motivert handler om å bevege seg mot noe, eller i en bestemt retning, og motivasjon bidrar til å holde oss gående. I motsetning vil det å være umotivert kjennetegnes av at individet ikke føler drivkraft eller inspirasjon til å handle. Motivasjonsnivået og type motivasjon vil være av varierende grad og det skilles mellom interne og eksterne faktorer som påvirker den indre og ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000, s. 54).

De interne faktorene handler om tiltro til egne ressurser, forventninger, interesser, mål og tidligere erfaringer (Karlsen, 2011, s. 220). Personer som er indre motivert handle på grunn av interesse og det finnes ingen belønning eller ytre press som fører til denne drivkraften, men en indre nysgjerrighet og vilje til å lære og utforske. Indre motivasjon varer også over lengre tid fordi personen ser meningen i aktiviteten de gjennomfører. En pasient med diabetes som er indre motivert vil derfor kunne overholde kostholdsendringer over en lengre periode. Disse pasientene kan ha en bedre compliance (etterlevelse) til kostholdsveiledning og vil kunne oppnå et bedre resultat enn et individ som er ytre motivert (Ryan & Deci, 2000, s. 54). Pasienten skal i størst mulig grad ta ansvar for egen læring og medbestemmelse i egen behandling (Karlsen, 2011, s. 221). Når de selv setter egne mål og jobber mot disse målene blir motivasjonen iboende (Funnell & Anderson, 2000).

Ekstern motivasjon kan påvirkes av helsepersonells holdninger og forventninger, og sosialt nettverk som familie, venner, kollegaer eller andre personer med diabetes. Hvis en pasient er eksternt motivert er det de ytre faktorer utenfra som til dels styrer og fører til de handlingene

og atferden en person har (Karlsen, 2011, s. 220). I motsetning til indre motivasjon, vil personer med ekstern motivasjon handle på grunn av ytre varsler, press, frykt for straff eller belønning og handlingen har en instrumentell verdi (Ryan & Deci, 2000, s. 60). Eksempelvis vil en pasient med diabetes type 2 kunne gjennomføre kostholdsendringer for å få et bedre blodprøveresultat på neste konsultasjon. Hvis personen kun er ytre motivert vil denne endringen kun dreie seg om hva sykepleier mener om blodprøven og ikke at personen finner glede og mening i å endre kostholdet sitt for å forbedre egne helse. Endringer i kostholdet vil derfor ikke vare over lenger tid slik som ved indre motivasjon, siden handlingene er styrt av blant annet frykt for sanksjoner (Ryan & Deci, 2000, s. 63). Positive tilbakemeldinger på at man har jobbet bra med endring av levevaner eller frykt for senkomplikasjoner er styrt av ytre motivasjon. I en undersøkelse hvor de undersøkte hva som påvirker motivasjon hos pasienter som skulle gå ned i vekt, var det eksterne faktorer som demotiverte dem mest. I undersøkelse kom det frem at sykepleierens væremåte og forståelse ovenfor pasientene påvirket deres motivasjon til livsstilsendring i negativ retning. Flere pasienter fortalte at de hadde opplevd negative og fordømmende holdninger i møte med sykepleier. Pasientene opplevde at uansett hva de kom med av plager så ble det ansett som selvforskyldt fordi de hadde en «dårlig livsstil» (Borge et al., 2012, s. 19). Hvordan sykepleieren møter og veileder pasienter med diabetes vil derfor være viktig for motivasjonsutfallet. God ytre motivasjon vil også på sikt kunne gi pasienten indre motivasjon i tilfeller hvor pasienten ikke har begge disse. De fleste vil styres av en kombinasjon av begge motivasjonsfaktorene (Ryan & Deci, 2000, s. 64).

2.6 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde

Hendersons definerer sykepleie som

«å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (...), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig» (Henderson, 1998, s. 45).

Virginia Hendersons definisjon sier noe om hva som bør gjøres for at pasienten skal oppnå god helse. I arbeidet mot en god helse bør sykepleieren ta utgangspunkt i Hendersons 14 punkter for grunnleggende sykepleie. Vi vil i denne oppgaven fokusere på punktet om å spise og drikke tilstrekkelig. Henderson mener at sykepleieren må hjelpe pasienten til å bli

selvstendig, slik at han kan utfører handlinger som gir god helse. I denne konteksten dreier god helse seg om at pasienten tilstreber blodsukkerkontroll gjennom kostholdsveiledning. Sykepleiere har flere ansvars- og funksjonsområder og ifølge Nortvedt og Grønseth (2016 s, 23) er undervisende og veiledende funksjon en av dem. Det innebærer et ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Formålet vil være å fremme trygghet og tilegne pasienten kunnskap, slik at han kan forså og mestre sykdommen og behandling samt konsekvenser den kan medføre (Nortvedt & Grønseth. 2014. s. 23). Sykepleieren bør for eksempel i denne konteksten ha kunnskap om blodsukker, anbefalt kosthold til de med diabetes og om motivasjon. Undervisning og veiledning kan skje både individuelt og gjennom grupper (Sagen, 2011, s. 39).

2.7 Lovverk og etikk

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Så langt som mulig skal tjenestetilbudet utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Helsepersonell er også pliktet til å imøtekomme pasienters ønske om å ha andre personer til stede når helse og omsorgstjenesten gis (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Videre så har pasienter rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen for å kunne ivareta sine rettigheter og medbestemmelse. Det skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjoner skal gis på en hensynsfull måte og tilpasses pasientens forutsetninger som alder, modenhet, erfaringer og kultur- og språkbakgrunn (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). En pasient med nyoppdaget diabetes må ha tilstrekkelig informasjon om sykdommen, blodsukkerkontroll, senkomplikasjoner, forebyggende tiltak samt konsekvenser av å ikke iverksette og overholde tiltakene. Dette må som nevnt i lovverket gis på en forståelig måte slik at pasienten skjønner konsekvenser av valg som må tas og betydningen valgene vil ha for sykdommen i fremtiden.

Sykepleie skal etter yrkesetiske retningslinjer bygges på forskning og erfaringsbasert kompetanse. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for at deres utøvelse av sykepleie er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Dette innebærer at sykepleieren holder seg oppdatert om forskning og utvikling, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis. I møte med pasienten skal sykepleieren bevare pasientens verdighet og integritet samt understøtte håp, livsmot og mestring. Sykepleieren er ansvarlig for en utøvelse som fremmer helse og forebygge sykdom.

Pasienten må da få tilstrekkelig tilpasset informasjon som bidrar til at han kan ta selvstendige valg (Norsk sykepleieforbund, 2019, avsn. 1.1 – 2.5). Et etisk dilemma kan oppstå dersom pasienten ikke har fått tilstrekkelig sykdomsinnsikt og informasjon om helsemessige tiltak som kunne vært iverksatt for å redusere videreutvikling, og eventuelle komplikasjoner.

3 Metode

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. I en slik oppgave innhentes informasjon fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Det velges et tema som er ønskelig å skrive om, og deretter finner man informasjon fra relevante fagbøker, fagartikler og forskningsartikler for å diskutere og besvare problemstillingen (Dalland, 2020, s. 199).

3.1 Litteratursøk

Vi vil her presentere hvordan vi har gått frem og funnet relevante forskningsartikler som belyser problemstillingen vår.

3.1.1 Valg av database og søkeord

For å finne den aktuelle litteraturen som kan belyse problemstillingen vår, har vi benyttet databaser, nettsider og skolens bibliotek. Forskningsartiklene har vi funnet fra CINAHL og PubMed. PubMed er en søkemotor for MEDLINE, og er verdens største database som inneholder både medisinske og sykepleierfaglige artikler (Thidemann, 2019, s. 58). Ettersom vi skriver om diabetes og ernæring vil det være tverrfaglig, og PubMed vil derfor kunne gi flere resultater på aktuelle artikler. Vi benyttet oss også av CINAHL ettersom databasen inneholder tidsskrifter innenfor sykepleie og helsefag artikler (Helsebiblioteket, 2013).

For å finne søkeord som besvarer hensikten og problemstillingen til oppgaven brukte vi PICO-skjema (se vedlegg 1). PICO-skjema er et verktøy som hjelper oss til å formulere gode og presise søkeord og strukturere søket (Thidemann, 2019, s. 83). Siden vi i denne oppgaven vil undersøke hvordan pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 kan gjøre en livsstilsendring gjennom kostholdsveiledning, så har vi sett i faglitteratur og aktuelle artikler for å finne relevante nøkkelord. Ettersom det meste av forskning skrives på engelsk, valgte vi å oversette nøkkelordene fra norsk for å få flest mulig resultater. Etter bruk av PICO-skjema og oversettelse kom vi frem til følgende søkeord: Diabetes Mellitus, type 2, guidance, nursing care, motivation, diet, self-management, lifestyle change og quality of life. Søkeordene ble utført i forskjellige kombinasjoner med AND. Vi gjennomførte totalt seks søk, og som vist i tabell 2, inkludere vi fire artikler. Søkene ble avgrenset til 10 år ettersom diabetes og kostholdsrådene har forandret seg betraktelig de siste årene. Det er flere personer som får

diabetes, og det er større fokus på behandling av den pasientgruppen enn det var før (Mosand & Stubberud, 2016, s. 64; Møinichen, 2014, s. 32).

I prosessen med å inkludere artiklene leste vi først overskriften og deretter abstraktet, hvis artikkelen virket relevante. På den måten kunne vi enkelt se bort ifra irrelevante artikler.

Dersom artiklene virket relevant leste vi videre på metode, resultat og konklusjon.

Tabell 2, oversikt over litteratursøk.

Søke dato	Søk nr.	Database	Søkeord	Treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikkel inkludert	Valgt artikkel
24/11 2020	1	PubMed	Diabetes Mellitus Type 2 AND Self-Management AND Guidance	56	3	1	1	Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes - a qualitative study from Portugal
26/02 2021	2	PubMed	Diabetes Mellitus Type 2 AND Self-Management AND Diet AND Lifestyle change.	43	2	1	1	Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study.
24/11 2020	3	PubMed	Diabetes Mellitus Type 2 AND Nursing care AND Motivation AND Lifestyle change.	17	4	1	1	Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.

19/03 2021	4	CINAHL	Diabetes mellitus, type 2 AND Motivation AND Quality of life.	21	3	1	1	Active participation of patients with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses – what helps and what hinders: a qualitative study.
---------------	---	--------	---	----	---	---	---	--

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å besvare vår problemstilling utarbeidet vi relevante inklusjons- og eksklusjonskriterier, se tabell 3. Disse kriteriene lagde vi etter kunnskap vi har tilegnet oss fra undervisning i emne 14A, og om ernæring og diabetes type 2. Vi har valgt å kun inkludere artikler som er av nyere dato og har derfor ekskludert forskning som er eldre enn 10 år. Dette sikrer at funnene er gjeldene for dagens helsetjeneste og kostholdsveiledning av pasienter med diabetes. Vi inkluderte kun forskningsartikler som er skrevet på engelsk eller nordiske språk, siden det er disse språkene vi behersker. Artikler som var fra land utenfor Europa, Australia og Amerika, ekskluderte vi ettersom helsevesenet i utenforliggende land kan være ulik fra Norge. Ettersom vi i oppgaven tar utgangspunkt i voksne (> 18år), har vi ekskludert artikler som omhandler barn og ungdom. Vi valgte deretter å kun inkludere kvalitative artikler for å få større innsikt i pasientenes opplevelser, enn det vi kunne fått gjennom kvantitative artikler (Dalland, 2020, s. 54).

Tabell 3, oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Europa, Australia og Amerika	Øvrige land enn Europa, Australia og Amerika
Engelsk eller nordiske språk	Artikler på øvrige språk
Etter 2010	Før 2010
Personer over 18 år	Personer under 18 år

Kostholdsending	Artikler som ikke omhandler noe form for kostholdsending
Fagfelleurdert	Artikler som ikke er fagfelleurdert
Kvalitative forskningsartikler	Kvantitative forskningsartikler, fagartikler, brev til redaktør

3.1.3 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en metodisk tilnærming som kan brukes når man skal samle inn data i et forskningsprosjekt. Fordelen med kvalitativ metode er at det gir mulighet til dybdekunnskap og er egnet til å utforskes og fange opp menneskers mening, opplevelser og erfaringer med et gitt fenomen, for eksempel kostholdsending ved diabetes type 2. Innen kvalitativ metode kan data samles inn på ulike måter som for eksempel individuelle intervjuer. Ofte er intervjuene semistrukturerte, det innebærer at det i forkant av intervjuet er satt opp spørsmål som forskeren ønsker at informanten skal svare på. Likevel er intervjusituasjonen fleksibel, og tar informanten (den som intervjues) opp nærliggende temaer som er av interesse for prosjektets forskningsspørsmål, kan disse utforskes videre for å oppnå dypere kunnskap (Dalland, 2020, s. 54-55; Thidemann, 2019, s. 76). Forskningsartiklene vi har anvendt i vår oppgave er kvalitative. Det vil gi oss en bedre forståelse av hvilke faktorer som påvirker en pasient med diabetes type 2 til å gjennomføre og opprettholde en livsstilsending.

3.2 Øvrig inkludert litteratur

I arbeidet med å inkludere faglitteratur startet vi med å se på pensumet vi har hatt gjennom studiet. Vi benyttet videre oria fra nettsiden til LDH, og var på skolens bibliotek for å finne relevant faglitteratur som kunne belyse problemstillingen. Gjennom studiet har vi gjort oss godt kjent med Eide & Eide, og valgte å inkludere denne litteraturen da de skriver om profesjonell kommunikasjon og forandringsveiledning som vil være aktuelt for kostholdsending. Stubberud ble også inkludert fra pensumet, da vi tidligere har lært om sykepleie til de med diabetes. Fra pensumet har vi også Tveiten, og da vi var på biblioteket fant vi annen litteratur fra henne som inneholder teori om veiledning. På oria brukte vi søkeordet diabetes og inkluderte Skafjeld & Graue, siden litteraturen kunne belyse behandling og oppfølging av diabetes. Vi har også utført fritextsøk på internettet. Vi brukte søkeordet

diabetes og fant Diabetesforbundet og Helsedirektoratet. Disse ble inkludert ettersom de inneholder anbefalinger, retningslinjer og spesifikke kostholdsråd for de med diabetes type 2. Videre søkte vi etter relevant lovverk fra lovdata og yrkesetiske retningslinjer fra Norsk Sykepleierforbund, da vi gjennom studiet har gjort oss kjent med disse.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk dreier seg om en redegjørelse av litteraturen som er anvendt i oppgaven. Målet med kildekritikk er å vurdere om litteraturen som er inkludert, er egnet til å belyse og besvare problemstillingen (Dalland, 2020, s. 143, 152).

3.3.1 Litteratursøk og inklusjon av forskningsartiklene

Alle forskningsartiklene vi har brukt i denne oppgaven er publisert i tidsskrift som benytter fagfelle vurdering før publisering. Vi kontrollert dette ved å benytte Norsk senter for forskningsdata (nsd.no). For å sikre at de anvendte forskningsartiklene er oppdatert og aktuell for dagens helsetjeneste, har vi valgt å kun inkludere kilder som er utgitt de siste 10 årene. Dette har vi gjort ettersom det stadig er flere som får diabetes type 2, og behandlingen har endret seg (Mosand & Stubberud, 2016, s. 51).

Søkene etter artikler gjorde vi i databasene Cinahl og PubMed. Siden vi ikke har så lang erfaring med å utføre søk, kan dette ha påvirket resultatet og vi kan ha gått glipp av aktuelle artikler. Når vi valgte søkeord brukte vi ikke nutrition counseling, men lifestyle change. Dette var på grunnlag av at lifestyle change kunne gi et bredere søk, som kunne inkludere mer. Søket kunne derimot være hindret i å fange opp spesifikke artikler om ernæring, noe som gjør at det kan være en svakhet. Det ble likevel gjort gode funn gjennom databasene, som resulterte i inklusjon av hovedartikler. Ettersom vi er to som skriver sammen og har lest og diskutert disse artiklene, har dette gitt en fordel for å kvalitetssikre funnene vi har gjort.

Flere av forskningsartiklene vi har inkludert kommer fra andre land enn Norge, som Nederland og Portugal. Dette betyr at vi må ta hensyn til at resultatene ikke nødvendigvis er helt overførbare til den norske kultur og helsetjeneste. Vi har likevel vurdert artiklene som overførbare siden det er land i Europa og vi kan ha mye til felles. Artiklene er også skrevet på Engelsk og det må derfor tas hensyn til at nyanser i innholdet og oversettelsen kan ha

oppstått. Vi har også kun inkludert kvalitative forskning, noe som gjør at resultatene ikke kan generaliseres, men gjelder kun enkeltpersoners synspunkter, opplevelser og meninger (Dalland, 2020, s. 54).

3.3.2 Inkludering av øvrig litteratur

Vi har anvendt litteraturen til Skafjeld & Graue. Boken er imidlertid fra 2011 som kan bety at noe av informasjonen kan være utdatert, ettersom mange av anbefalingene til diabetes har vært i endring de siste årene. Likevel inneholder kilden litteratur vi finner relevant for oppgaven og konteksten. Vi bruker dessuten oppdaterte kilder på behandlingsrelevant informasjon slik som kostholdsråd fra Helsedirektoratet og Diabetesforbundet. Videre valgte vi å inkludere forskningsartikkelen til Ryan & Deci. Artikkelen er fra 2000, som er over 10 år gammel. Vi finner likevel innholdet aktuelt siden de skriver om ulike faktorer for motivasjon, som i stor grad kunne blitt overført til i dag. Helsedirektoratet sine retningslinjer for pasienter med nylig diagnostisert diabetes har vi også benyttet. I vår oppgave vil kilden være egnet for å vite hvilke retningslinjer som er gjeldene for disse pasientene. Kilden vil likevel ikke være en fasit på hvordan veiledning foregår i praksis på poliklinikken, men den er nyttig å bruke som en indikator på hvordan det bør være. Vi har vektlagt å bruke primærkilder der det var tilgjengelig.

3.4 Etiske vurderinger

I denne bacheloroppgaven er kildene ført i tråd med APA versjon 7, og kildeføringen er utført på en etterrettelig måte. Vi har ikke brukt eksempler fra praksis, siden vi ikke har praksiserfaring fra oppgavens kontekst.

4 Presentasjon av forskningsartiklene

I dette kapittelet blir de utvalgte forskningsartiklene presentert. De inkluderte artiklenes hensikt, metode og hovedfunn presenteres i tabell 4.

4.1 Syntese

Funnene i artiklene viser at det er flere utfordringer i endring av kostholdet hos personer med diabetes type 2. Pasientene uttrykker at informasjon, familie og sosiale bånd kunne være både støttende, men også en barriere i forsøket på å endre livsstilen. Sykepleierne opplevde også barrierer i møte med pasientene slik som manglende veiledningsferdigheter, empati og utilstrekkelig tid til å veilede pasientene på en god måte. Resultatene indikerte at sykepleierne opplevde at pasientene hadde begrenset kunnskap om en sunn livsstil og manglende motivasjon. Det var viktig for pasientenes motivasjon å oppleve støtte fra andre og effekt av kostholdsendingene. Frykt for senkomplikasjoner og skape nye vaner hadde også betydning for deres motivasjon. Andre faktorer som påvirket livsstilsendringer var å tilegne seg kunnskap, ta ansvar og få bekreftelse. I veiledningen var en tillitsfull relasjon, god tid og forberedelse til avtalen faktorer som fremmet aktiv deltakelse hos pasientene. Mangel på motivasjon til å delta, omstilling til ny sykepleier og å ikke få stille spørsmål var faktorer som hindret aktiv deltagelse.

Tabell 4, Artikkelmatrise.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Laranjo, L., Neves, A. L., Costa, A., Ribeiro, T. R., Couto, L & Sá, B, A. (2015).	Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes —a qualitative study from Portugal.	European journal of General Practice.	Hensikten med denne studien var å gjøre en kvalitativ vurdering av hvordan pasienter oppfattet tilretteleggere, barrierer og forventninger i selvløse av diabetes type 2.	En kvalitativ metode. Data ble hentet inn med bruk av videoinnspilte fokusgrupper ved en portugisisk poliklinikk. To uavhengige forskere transkriberte og analyserte fokusgruppen.	Det var tre hovedtemaer som ble identifisert: diett, fysisk aktivitet og glykemisk kontroll. Pasienter kunne ha vanskeligheter med å endre kostholdet av ulike årsaker. Informasjon, familie og sosiale bånd kunne være både støttende i noen situasjoner, men også en

						barriere i andre situasjoner i forsøk på å gjøre en livsstilsendring.
2	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 Education: A Qualitative Study.	PLOS ONE	Hensikten var å undersøke hvordan personer med diabetes type 2 foretar og vedlikeholder livsstilsendringer etter at de har deltatt i gruppebasert veiledning.	Kvalitative metode. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte fokusgrupper og individuelle intervjuer av 23 pasienter som deltok i pedagogisk gruppeprogrammer i Midt-Norge. Deltagerne ble intervjuet like etter kurset og seks måneder etterpå.	I studien var det tre faktorer som påvirket om livsstilsendringer ble implementert: Tilegne seg ny kunnskap, ta ansvar og få bekreftelse på en allerede sunn livsstil. Fire faktorer var viktig for motivasjon til opprettholdelse av livsstilsendringer: støtte fra andre, oppleve effekt, frykt for komplikasjoner og skape nye vaner.
3	Jansink, R., Braspennig, J., Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010).	Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.	BMC family practice	Hensikten var å undersøke barrierer sykepleierne møter i livsstilsveiledning med pasienter med diabetes type 2.	Kvalitativ semistrukturerte studie som inkluderte tolv dybdeintervjuer med Nederlandske sykepleiere.	Sykepleierne opplevde at pasientene hadde begrenset kunnskap om en sunn livsstil, innsikt i egen adferd og manglende motivasjon for å gjennomføre og opprettholde livsstilsendring. Sykepleierne opplevde selv manglende veiledningsferdigheter, empati og utilstrekkelig tid.
4	du Pon, E., Wildeboer, A. T., Dooren van, A. A., Bilo, H. J. G., Kleefstra,	Active participation of patients with type 2 diabetes in	BMC Health Services Research	Hensikten var å identifisere faktorer som hjelper eller hindrer pasientene med diabetes type 2 å delta	Kvalitativ metode hvor to var semistrukturerte fokusgrupper og 12 var semistrukturerte individuelle	Det ble funnet at faktorer som oppmuntrer pasienter til å delta aktivt i konsultasjonene var: en tillitsfull relasjon, ha nok tid

	<p>N. & Dulmen van, S. (2019).</p>	<p>consultations with their primary care practice nurses – what helps and what hinders: a qualitative study.</p>		<p>aktivt i konsultasjoner.</p>	<p>intervjuer. Intervjuene ble så transkribert ordrett og så analysert ved hjelp av en to-trinns tilnærming avledet av rammen om kontekstkartlegging.</p>	<p>til avtalen, forberede seg til avtalen, og kunne ta med ektefelle. Motsatt ble det funnet at faktorer som hindret pasienten i å delta var: mangel på motivasjon til å delta, omstilling til ny sykepleier og glemme å stille spørsmål.</p>
--	--	--	--	---------------------------------	---	---

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte resultatene fra forskningsartiklene opp mot oppgavens problemstilling: *Kan kostholdsveiledning gi bedre blodsukkerkontroll hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2?* Vi vil se på pasientens behov for informasjon, sykepleierens veiledning og kommunikasjon, og pasientens motivasjon og kunnskap.

5.1 Pasientens behov for informasjon

Når en person er nylig diagnostisert med diabetes type 2 vil han ha et stort informasjonsbehov. Pasienter har behov for konkrete råd tidlig i sykdomsforløpet. Kunnskapen vil bidra til sykdomsinnsikt og vil gjøre pasienten bevisst på valg av levevaner (Mæland, 2016, s. 126). I en kvalitativ studie som inkluderte 12 pasienter, uttrykte flere behov for informasjon. Pasientene ønsket å vite hvordan de selv kunne håndtere sykdommen (Laranjo et al., 2015, s. 5). Pasienter har rett på tilstrekkelig informasjon til å få innsikt i sin helsetilstand. I denne konteksten vil pasienten trenge informasjon om kostholdsrådene som anbefales for å oppnå blodsukkerkontroll. Informasjonen må imidlertid tilpasses personens forutsetninger (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2, 3-5). Det betyr at sykepleier ikke bare kan formidle informasjon til pasienten, men må også sørge for at pasienten forstår innholdet. Sykepleieren må derfor vurdere hvilke forutsetninger pasienten har for veiledningen. Personene i oppgaven er godt voksne og vil ha en annen modenhet enn ungdommer. De kan også ha relevante erfaringer og kjennskap til sykdommen fra før, som kan gjøre dem mer mottakelig for informasjonen. Selv om pasientene er godt voksne, vil det likevel være individuelt hvor stort informasjonsbehov den enkelte vil ha. Det er derfor nødvendig å være åpen i møte med pasienten for å forstå og respondere på vedkommens behov.

På den ene siden gir pasientene uttrykk for at de har informasjon om sykdommen. Studien til Laranjo et al. (2015, s. 6) viser at pasientene hadde informasjonskilder som familie, bekjente med diabetes, helsepersonell og media. Det kan imidlertid reises spørsmål om pasienten har vurdert informasjonen kritisk. Informasjon som gis fra helsepersonell vil trolig være mer pålitelig, enn den man får fra media og bekjente. Flere av pasientene i studien til Laranjo et al. (2015, s. 5) viser likevel at de hadde kunnskap om et sunt kosthold, det er derfor mulig at de har mottatt riktig informasjon. På en annen side er det ikke alle pasienter som har tilstrekkelig kunnskap om sykdommen. Videre ble det nemlig avdekket forvirring og mangel på forståelse

for matvalg og tilberedning av måltider. De trodde blant annet at flere matvarer var «forbudt» slik som brød, bønner, poteter og druer (Laranjo et al. (2015, s. 5). Slike myter bør avkreftes. Sykepleieren kan informere pasienten om at han kan spise brød, men bør velge grovt fremfor lyst, fordi det gir mer langsom blodsukkerstigning (Aas, 2011, s. 124-126). Mangel på kunnskap underbygges dessuten i artikkelen til Jansink et al. (2010, s. 4) der karbohydrater og glukose var ukjent. Ettersom karbohydrater i stor grad påvirker blodsukkeret kan manglende kjennskap få konsekvenser for blodsukkerkontrollen (Aas, 2011, s. 124). Artikkelen påpeker også at jevnaldrende ga feil informasjon og i sosiale sammenhenger ble feil råd om kosthold diskutert (Jansink et al., 2010, s. 4). Feilinformasjon kan også føre til at pasienter har et strengere kosthold enn det som er nødvendig. Sykepleieren må derfor veilede pasienten i riktig retning og sikre at de får korrekt og tilstrekkelig informasjon om kosthold og diabetes for å tilstrebe blodsukkerkontroll.

5.2 Veiledning

Når sykepleier skal veilede pasienten, forutsetter det først og fremst at sykepleieren har kunnskap om sin rolle i veiledningen. En kvalitativ studie med intervju av 12 sykepleiere viste at flere opplevde mangel på veiledningsferdigheter for kostholdsending. Sykepleierne visste videre ikke hvordan de skulle utvikle en konkret og strukturert arbeidsplan i samarbeidet med pasientene (Jansink et al., 2010, s. 3). Det kan resultere i at pasienten opplever en svekket ivaretagelse og mister synet på hvor veien videre bør gå. Videre forteller sykepleierne i studien at det var vanskelig å tilpasse veiledningen til det stadiet pasienten befant seg i. Informasjonen kunne gis for fort, når pasienten var i et tidligere endringsstadium. En svakhet med artikkelen er at den er fra 2010, og sykepleierne vil i dag kunne ha mer kompetanse innenfor kostveiledning. Faktorer som individuell mangel på kunnskap og tid kan likevel oppleves i dag, og derfor kan resultatene være overførbare. Sykepleierne kunne også ha høye forventninger til pasientending, som førte til at sykepleierne presset for hardt og fremskyndte motstand hos pasientene (Jansink et al., 2010, s. 3). På bakgrunn av disse funnene vil pasienten for det første tenkes å ikke få dekket sitt informasjonsbehov. For det andre vil motstanden kunne føre til at han inntar en passiv rolle, som kan påvirke hans utbytte av veiledningen (Tveiten, 2019, s. 125). En slik sykepleieutøvelse er ikke i tråd med yrkesetiske retningslinjer. Et etisk problem er at sykepleieren ikke vurderer om pasienten er åpen for veiledning. Hennes utøvelse fremmer ikke helse dersom hun presser pasienten for hardt (NSF, 2019, avsn. 1.3, 2.1).

Når det gjelder sykepleierens rolle bør hun for øvrig engasjere seg i utfordringer som pasienten opplever. I studien til Laranjo et al. (2015, s. 4) oppdaget de at mangel på selvkontroll og viljestyrke var vanlige utfordringer i omleggingen av kostholdet. Flere pasienter opplevde å få behov for bestemte matvarer slik som sjokolade og desserter, som ble vanskelig å stå imot. En deltaker følte at han nå lengtet etter mer kake (Laranjo et al., 2015, s. 5). En slik uttalelse kan tyde på at personen har satt strenge rammer for seg selv i omleggingen av kostholdet. Personer som har for store ambisjoner eller urealistisk mål vil på den ene siden ofte ikke klare å holde endringene over tid, ettersom at levevanene kommer i konflikt med hensyn eller behov i hverdagen (Aas, 2011, s. 142). Dersom pasienten på den andre siden blir veiledet til å sette mål og delmål som kan oppnås med noen sentrale endringer i kostholdet, vil han ikke trenge å gjøre alt med en gang, og kan dermed ha bedre forutsetninger for å klare endringene.

Selv om det kan være tvil om sykepleiere vet hva veiledningen bør innebære, vil relasjonen være nok så viktig i endringsarbeidet. Tveiten (2019, s. 22) beskriver nemlig at kvaliteten på veiledningen avhenger av kvaliteten på relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. På den ene siden viser funn fra den kvalitative studien av du Pon et al. (2019, s. 5) som inkluderer 20 pasienter, at en god relasjon fremmer aktiv deltakelse fra pasienten. Det handler i stor grad om at pasientene opplever trygghet og tillit i veiledningen, og tør derfor å åpne seg (du Pon et al., 2019, s. 5). Et resultat av en god relasjon i veiledningen kan dermed være at pasienten åpner seg opp om sine følelser og bekymringer rundt kostholdsendringen. Dersom han klarer dette, vil sykepleieren kunne forstå hva hun skal støtte han med på veien. Trygghet og tillit er dessuten viktig ettersom kostholdet kan være et sårt tema, og pasientene som har fått diagnosen diabetes kan oppleve skam (Aas, 2011, s. 140). På den andre siden kan mangel på en god relasjon føre til mindre aktiv deltakelse, eksempelvis dersom pasienten må forholde seg til nye sykepleiere, og mister en god opparbeidet relasjon. Enkelte deltakere i studien til du Pon et al. (2019, s. 6) uttrykte at det var slitsomt å skape nye relasjoner, og at det tok tid før de ble trygge på den nye sykepleieren. Funnene viser at det vil være viktig for pasienten å ha en fast sykepleier å forholde seg til i veiledning. Til tross for å ha en fast sykepleier kan relasjonen likevel svekkes av sykepleierens holdninger. Det kan underbygges i studien til Jansink et al. (2010, s. 3) ettersom sykepleierne manglet empati i møte med pasientene. De forsto ikke hvorfor det kunne være vanskelig å endre livsstilen, og hadde lite håp til at pasientene ville forandre seg (Jansink et al., 2010, s. 3). Dersom sykepleieren ikke viser empati og mangler håp, viser hun sannsynligvis ikke en åpen og interessert holdning til

pasienten. Sykepleieren skal dessuten lytte til pasientens erfaringer og forestillinger om fremtiden (Eide & Eide, 2017, s. 17; Tveiten, 2019, s. 28). Hvis hun da mangler håp til at pasienten kan klare å endre kostholdet, vil dette kunne påvirke relasjonen og veiledningen. Det kan bety at pasienten mister motivasjon til å gjøre endringsarbeidet, men også å delta i veiledningen.

5.3 Kommunikasjon

Sykepleieren skal i veiledningen bruke en profesjonell og hjelpende kommunikasjon. En slik kommunikasjon skal med andre ord fremme pasientens helse, ved at han får informasjon om sin tilstand, og mulighet til å kommunisere rundt dette (Eide & Eide, 2017, s. 22). Det forutsetter at sykepleieren viser anerkjennelse og interesse gjennom aktiv lytting. For pasienten kan det være en fordel å oppleve at sykepleier lytter og er interessert. Det underbygges i studien til du Pon et al. (2019, s. 5) der pasientene opplevde å bli møtt med hyggelige og varme kommunikasjonsmåter, som oppmuntret de til å diskutere følelser og bekymringer. Dette innebar blant annet problemer med å tilpasse og følge anbefalt kosthold (du Pon et al., 2019, s. 5). I studien til Rise et al. (2013, s. 5) hvor 23 pasienter deltok, uttrykte flere et ønske om å leve et normalt liv. Funnet tyder på at de opplevde usikkerhet og bekymring for at de ikke kunne ha det med den nye diagnosen. Selv om sykepleierne burde vise interesse og tilstedeværelse i samtalen, er det derimot ikke alltid det kommer til syne. En veiledningssamtale på poliklinikken kan nemlig by på utfordringer i forhold til rammer og tid. På den ene siden fortalte sykepleierne i studien til Jansink et al. (2010, s. 3) at det var vanskelig å være tålmodig og lytte godt når de var stresset av tiden. Dersom sykepleieren ikke viser at hun har tid til å lytte kan en konsekvens være at pasienten holder tilbake spørsmål eller bekymringer. På en annen side hevder du Pon et al. (2019, s. 6) at god tid stimulerte pasientene til å delta aktivt i veiledningen. Sykepleieren fikk dessuten tid til å gå gjennom aktuelle temaet og pasienten opplevde at de kunne stille spørsmål.

5.4 Motivasjon

For at en person med diabetes skal klare å implementere endringer i kostholdsvaner, er det en forutsetning å ha god motivasjon. Det kan underbygges i studien til Laranjo et al., (2015, s. 3) hvor flere pasienter sa at i endring av livsstilen var kostholdet det som var mest problematiske å overholde, og at mangel på motivasjon var en sentral faktor. En svakhet med overførbarheten til artikkelen er at den er fra Portugal og at de dermed har en annen

matkultur. I Norge hvor man generelt har et sunt kosthold med blant annet grove kornprodukter, kan en kostholdsending kanskje ikke oppleves like krevende. Likevel mener vi funnene i artikkelen er overførbare fordi den inneholder utfordringer som også pasienter kan oppleve i Norge.

Det skilles mellom ytre og indre motivasjon, og de aller fleste handlingene vi gjør er ytre motivert (Håkonsen, 2014, s. 94). Sykepleieren vil kunne påvirke pasientens ytre motivasjon i varierende grad. Det vil si at pasientens ytre motivasjon kan preges av kunnskapen de tilegnes i form av at handlingene blir styrt av frykt for konsekvenser. For det første kan pasienten gjøre handlinger slik som å ha et sunt kosthold, i frykt for at sykepleieren skal identifisere manglende overholdelse av kostendringen ved blodsuktermåling under veiledning (Sebire et al., 2018, s. 5). For det andre kan frykten for komplikasjoner, bli avhengig av medikamenter eller konsekvenser av en usunn livsstil, være det som motiverte pasientene til å opprettholde en ny livsstil (Rise et al., 2013, s. 5). I disse to studiene ser vi at motivasjonen for handlingene var frykten for konsekvensene av å ikke endre på livsstilen. Når sykepleier skal motivere pasienten og informerer om ny kunnskap, bør hun på den ene siden ha fokus på det positive og dytte pasienten i riktig retning. Det kan dreie seg om å informere om hva de positive kostholdsendingene vil innebære. Målet er å få pasienten motivert til å gjennomføre de nødvendige endringene i livsstilen. Flere av deltakeren i studien til Rise et al. (2013, s. 4) rapporterte at kunnskapen de fikk tilegnet var viktig for å gjøre livsstilsendinger. Det er derimot ikke alltid tilfelle. På en annen side medførte ny kunnskap til en oppfatning om at diabetes ikke var så skummelt, og de betraktet endringer av levevane som unødvendig (Rise et al., 2013, s. 4). Det kan tyde på at sykepleier ikke må bli for forsiktig med å konfrontere pasienter som ikke er motiverte. Noen pasienter trenger kanskje en sykepleier som er tydelig på potensielle negative konsekvenser ved å ikke legge om kostholdet. Sykepleier må derfor finne en god balanse i veiledningen hvor det er fokus på det positive, at endringer i kosten kan være nok til å holde et stabilt blodsukker og unngå tablett og insulin, samtidig som formidling er avskrekkende nok til at umotiverte pasienter skjønner alvoret. Ytre motivasjon vil trolig ikke vare over tid siden pasienten ikke ser meningen og gleden i å forbedre egen helse. Sykepleier bør derfor få pasienten indre motivert.

Når pasienten tilegner seg kunnskap og tar større del i behandlingen vil det kunne fremme hans indre motivasjon. Rise et al. (2013, s. 4) underbygger påstanden ettersom kunnskap gjorde pasientene mer bevisst på ansvaret de selv hadde for egen helse, og at det ikke var

legens ansvar. Ettersom pasienten har rett på medbestemmelse i egen behandling (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1), bør sykepleier tilrettelegge for at pasienten i størst mulig grad kan ta ansvar og sette egne mål (Karlsen, 2011, s. 221). Som Henderson også beskriver skal sykepleier bidra til handlinger som fører til god helse og hjelper pasienten til å bli selvstendig (Henderson, 1998, s. 45). Kunnskapen de tilegner seg vil gjøre dem istand til å sette egne mål de kan jobbe mot. Motivasjonen blir da iboende, og siden varig motivasjon ofte kommer innenfra, vil pasienten være i bedre stand til å gjennomføre og opprettholde endringene over tid (Funnell & Anderson, 2000). Den indre motivasjonen vil også styrkes når pasienten oppnår resultater og ser helsegevinsten av endringene. På den ene siden kom det frem i studien til Rise et al. (2013, s. 5) hvor pasienter som opplevde effekt av livsstilsendringen, ble mer selvsikre og motivert til å opprettholde den endrede livsstilen. De ser meningen og opplever den helsemessige fordelene og vil dermed kunne bli indre motivert. På en annen side viste funn i artikkelen til Jansink et al. (2010), s. 5) at noen pasienter syntes det var utfordrende å ikke se effekt med en gang, og kunne miste motet og falle tilbake til en usunn livsstil (Jansink et al., 2010, s. 5). Sykepleieren bør derfor formidle at effekten av endringen kan ta tid.

5.4.1 Pårørende som motiverende ressurs

Pårørende kan på den ene siden ha en sentral rolle for pasientens motivasjon til å gjennomføre og vedlikeholde livsstilsendringen (Karlsen, 2011, s. 220). Her snakker vi om eksterne faktorer som kan påvirke valgene pasienten gjør i forhold til kosthold (Ryan & Deci, 2000, s. 54). Sykepleier bør derfor legge til rette og oppfordre pasienter til å ta med seg ektefellen til veiledninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3.1). Fordelen med å ha med seg ektefellen vil for det første være at de er to som mottar og tolker informasjonen som formidles. Det kom frem i studien til du Pon et al., (2019, s. 5) hvor deltakerne syntes det var fint å ha med ektefellen fordi ektefellen var mer nøyaktige og presise til å stille spørsmål om sykdommen enn de selv. For det andre vil ektefellen også få innsikt i de kostholdsendringene som er nødvendig for pasienten å gjøre. Pårørende kan da være en støttespiller hvis personen med diabetes ikke er motivert til å overholde kostholdsendringene. En av deltakerne påpekte at det ikke var vanskelig å holde et sunt kosthold siden familien hjalp han med det hjemme (Laranjo et al., 2015, s. 6). Dette kan vise viktigheten med å ha med seg pårørende som kan støtte dem og holde motivasjonen oppe når hverdagen inntreffer og endringene skal implementeres.

På en annen side, hvis ektefellen ikke er med på diabetesveiledningen og heller ikke har noen erfaringer med diabetes fra før, kan det være vanskeligere for å forstå de kostholdsendingene som er nødvendig å gjøre. Det kan underbygges i studien til Laranjo et al. (2015, s. 5-6). Deltakerne fortalte hvordan familie og sosiale aspekter kunne være en barriere i kostholdsendingene. De opplevde manglende støtte fra familien, og sabotasje av deres forsøk til kostholdsending. En kvinnelig deltaker fortalte om vanskeligheter med å lage mat til familiemedlemmer som ikke var motivert til å spise maten hun tilberedte for seg selv (Laranjo et al., 2015, s. 5). Funnene viser lite støtte fra familien og hvordan det for noen kan bli utfordrende å overholde kostholdsendingene. Hvis pårørende derimot har mer kunnskap og forståelse, vil de kunne støtte og motivere pasienten til å opprettholde et sunt kosthold som igjen kan gi bedre blodsukkerkontroll. Samtidig kan det også bli en utfordring hvis en med diabetes legger alt ansvaret over på ektefellen. En av deltakerne i Rise et al. (2013, s. 4) fortalte at han ikke kunne gjøre endringer i kostholdet fordi ektefellen var ansvarlig for all matlagingen. En konsekvens av dette er han selv ikke tar noe ansvar for sin egen behandling og overlater ansvaret til noen andre. Det kan videre føre til at han ikke vil være like bevisst på kostholdsradene og kan gjøre dårlige valg når ektefellen ikke er til stede. Likevel viser det også at personer i slike tilfeller, hvor ektefellen er ansvarlig for matlagingen i huset, er helt avhengig av å ha med ektefellen på veiledning for at kostholdsendingene skal implementeres.

5.5 Kunnskap

En forutsetning for at pasienten skal kunne holde et stabilt blodsukker over tid er compliance (etterlevelse) av kostanbefalingene. Derimot er det kjent at sykepleiere opplever at pasientene ikke følger de rådene de har fått (Mæland 2016, s. 127). Det å holde fast på en endring over tid er ofte vanskeligere enn selve endringen. Et godt etablert atferdsmønster vil ofte kreve stor innsats å endre, og mange vil falle tilbake til gamle vaner (Mæland, 2016, s. 117-119). For en person med nyoppdaget diabetes vil det derfor spesielt i starten være viktig med tett oppfølging. Pasienten vil for det første trenge å vedlikeholde kunnskapen for å opprettholde motivasjonen til etterlevelse av kostholdsendingene. En undersøkelse viser at kunnskapsnivået er viktig for etterlevelsen av diabetesbehandlingen (Chavan et al, 2015). Deltakere i en annen undersøkelse understreket at for å opprettholde livsstilsendingen, var det viktig å vedlikeholde kunnskapen (Bergum & Mordal, 2020, s. 6). For det andre vil også oppfølging og repetisjon samtidig gi pasienten bekreftelse på om livsstilen de nå lever er

tilstrekkelig. Pasientene i studien til Rise et al. (2013, s. 4) mente det var viktig å få bekreftelse på at de hadde etterlevd anbefalt kosthold.

Repetisjon alene kan derimot ikke få pasienter til å etterleve kostholdsendringer, fordi endringen bør også gjøres om til en vane. Pasientene i studien til Rise et al. (2013, s. 5) opplevde at å gjøre endringen om til en vane førte til at det ble en del av deres hverdag. En av pasientene fortalte videre at etter hun fikk kunnskap om matvarene ble det en vane å se på ingrediensene da hun var på butikken (Rise et al, 2013, s. 5). En deltaker i undersøkelsen til Bergum & Mordal (2020, s. 7) sa, «jeg tar som regel bare et kakestykke jeg da, mens de andre tar to». I dette tilfelle har ikke pasienten kuttet ut søtsaker helt, men lagt en vane om å redusere mengden.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke om pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 kan oppnå blodsukkerkontroll gjennom kostholdsendring. Med utgangspunkt i det, formulerte vi følgende problemstilling: *Kan kostholdsveiledning gi bedre blodsukkerkontroll hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2?*

Det er flere forhold som påvirker om kostholdsveiledning kan gi bedre blodsukkerkontroll. Det viste seg at pasientene først og fremst er avhengig av å få tilstrekkelig, og riktig informasjon, slik at de får kunnskap om situasjonen og hvilken kostholdsendring de må gjøre. Studiene avdekket at sykepleierne opplevde manglende veiledningsferdigheter, men at en god relasjon var like så viktig for pasientene, ettersom han kunne åpne seg om sine tanker og følelser. Veiledningen ble også preget av tiden, der god tid stimulerte til aktiv deltakelse, mens dårlig tid førte til at sykepleieren ble utålmodig om mistet evnen til å lytte. For at pasientene skulle mestre kostendringen viste studiene at motivasjon, støtte fra pårørende og gjøre endringen om til en vane var av stor betydning. Motivasjonen til pasientene varierte i ulik grad, der god motivasjon viste seg å kunne føre til ansvarliggjørelse som gir gode forutsetninger for blodsukkerkontroll. Dermed kan vi konkluderer med at kostholdsveiledning til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 trolig kan gi bedre blodsukkerkontroll, dersom sykepleier innehar tilstrekkelig kunnskap i veiledningen, og pasienten er motivert for å etterleve kostholdsendringen. Det kan samtidig være høy usikkerhet knyttet til resultatene vi har funnet siden det ikke er et systematisk søk og at vi ikke har inkludert mer enn fire artikler. Dermed måtte man ha gjennomført et bredere systematisk søk hvor man så på all litteratur publisert om tema for å kunne gi et sikrere svar.

7 Referanseliste

- Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 123 - 144). Akribe AS.
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (s. 205 - 214). Akribe AS.
- Bergum, I. E. & Mordal, E. (2020). Repetisjon – en strategi for å opprettholde gode levevaner for personer med diabetes type 2. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6 (3), 1-12.
DOI:[10.18261/issn.2387-5984-2020-03-06](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-06)
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoren, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien*, (7), 14-22.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0024>
- Chavan, M. G., Waghachavare, B. V., Gore, D. A., Chavan, M. V., Dhobale, V. R & Dhumal, B. G. (2015). Knowledge about diabetes and relationship between compliance to the management among the diabetic patients from Rural Area of Sangli District, Maharashtra, India. *International Journal of Family Medicine and Primary Care*
doi: <https://10.4103/2249-4863.161349>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Diabetesforbundet. (2016, 28. oktober). *Hvordan holde et stabilt blodsukker?* Diabetes.
Hentet 26 januar 2021 fra <https://www.diabetes.no/kosthold/mat-og-individ/blodsukker/hvordan-holde-et-stabilt-blodsukker/>
- Diabetesforbundet. (2021, 08. april). *Blodsukker og måling*. Diabetes. Hentet 9 april 2021 fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/blodsukker/>
- Du Pon, E., Wildeboer, A. T., Dooren, A. A., Bilo, H. J. G., Kleefstra, N. & Dulmen, S. (2019). Active participation of patient with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses - what helps and what hinders: A qualitative study. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4572-5>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Funnell, M. M & Anderson, M. R (2000). The problems With Compliance In Diabetes. *JAMA*, 284(13). <https://doi:10.1001/jama.284.13.1709-JMS1004-6-1>

Helsebiblioteket (2013, 14. november). *Cinahl tilgjengelig i helsebiblioteket*. Hentet 19 mars 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

Helsedirektoratet (2016a, 24. oktober). *Kostrådene*. Helsedirektoratet. Hentet 26 november 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>

Helsedirektoratet (2016b, 24. oktober). *Vitaminer, mineraler, kosttilskudd, salt*. Hentet 22 januar 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/inntak-av-naeringsstoffer/vitaminer-mineraler-kosttilskudd-salt>

Helsedirektoratet (2016c, 24. oktober). *Karbohydrater, kostfiber og tilsatt sukker*. Hentet 22 januar 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/inntak-av-naeringsstoffer/karbohydrater-kostfiber-og-tilsatt-sukker>

Helsedirektoratet. (2016d, 14. september). *Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen*. Hentet 6 mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/oppfolging-utredning-og-organisering-av-diabetesomsorgen#opplaering-i-spesialisthelsetjenesten-for-nydiagnostiserte-pasienter-med-diabetes-praktisk>

Helsedirektoratet, (2016e, 14. september). *Egenmåling av blodsukker ved diabetes type 2*. Hentet 4 november 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/behandling-med-blodsukkersenkende-legemidler-ved-diabetes/blodsukkersenkende-behandling-og-behandlingsmal-ved-diabetes-type-2/egenmaling-av-blodsukker-ved-diabetes-type-2#null-begrunnelse>

Helsedirektoratet (2018, 05. oktober). *Kosthold ved diabetes*. Hentet 28 mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-diabetes#referere>

Helsedirektoratet (2019a, 20. desember). *Kosthold og kostsammensetning ved alle former for diabetes*. Hentet 28 mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/levevaner-ved-diabetes-og-behandling-av-overvekt-og-fedme/kosthold-og-kostsammensetning-ved-alle-former-for-diabetes#apiUrl>

Helsedirektoratet (2019b, 20. Desember). *Levevaner ved diabetes og behandling av overvekt og fedme*. Hentet 21 januar 2021 <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/levevaner-ved-diabetes-og-behandling-av-overvekt-og-fedme#kosthold-og-kostsammensetning-ved-alle-former-for-diabetes-praktisk>

Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur: Refleksjoner etter 25 år*. Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelse* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Jansink, R., Braspenning, J., Van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 11(41). DOI:10.1186/1471-2296-11-41

Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 387-398). Gyldendal Akademisk.

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedre mestring? I Skafjeld & M. Graue, (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (utg., s. 216-233). Akribe AS.

- Lundestad, K. B. (2014) Diabetes og mat. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabetes-håndboken* (4. utg., s. 71-75). Gyldendal Norsk Forlag.
- Laranjo, L., Neves, A. L., Costa, A., Ribeiro, R. T., Couto, L. & Sá, A. B. (2015). Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes - a qualitative study from Portugal. *European journal of General Practice* 21 (2), 103-110.
<https://doi.org/10.3109/13814788.2014.1000855>
- Mosand, R. D. & Stubberud, D - G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D – G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 2*. (5. utg., s. 51-82). Gyldendal Akademisk.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Møinichen, T. (2014). Hva er diabetes? I T. Møinichen & S. Vaaler (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 31-31). Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D. – G. Stubberud, R. Grønseth & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1*. (5. utg., s. 17-37). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- 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. *POLOS ONE*, 8(5) E64009,
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009>

- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling* (s. 19-67). Akribe AS.
- Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A. & Andrews, R. C. (2018). I've made this my lifestyle now: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 18(204), <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>
- Stene, L. C., Ruiz, P. L-D., Åsvold, B. O., Bjarkø, V. V., Sørgerd, E. P., Njølstad, I., Hopstock, L. A., Birkeland, K. I. & Gulseth, H. L. (2020) Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? *Tidsskriftet: den norske legeforening*, 17. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0849](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0849)
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning; mer enn ord* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1, PICO - skjema.

Patient	Outcome
Diabetes Mellitus, type 2	Self- Management Guidance Lifestyle change Nursing care Motivation Diet Quality of life