



Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendringer hos pasienter med type 2- diabetes?

Kandidatnummer: 787
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9887
Dato: 16.04.2018

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes?	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teoretisk bakgrunnskunnskap om type 2-diabetes og livsstilsanbefalinger, helseinformasjonsforståelse og myndiggjøring, motivasjon og motiverende intervju, rammefaktorer ved konteksten og sykepleiefaglige funksjonsområder, yrkesetiske retningslinjer og juridiske aspekter.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudien anvender sykepleiefaglig pensumlitteratur, faglitteratur fra tidligere ernæringsutdanning og faglitteratur fra LDH skolebibliotek, samt kvalitativ og kvantitativ forskningslitteratur. Forskningsartiklene er funnet i Cinahl, Swemed+, Sykepleien forskning og Google Scholar.</p> <p><u>Drøfting</u> Tilbudet ved frisklivssentralen drøftes i lys av sosioøkonomiske ulikheter i helse. Deretter drøftes type 2-diabetespasientens behov for informasjon, motivasjon, bruk av prinsipper fra motiverende intervju, samt hva som skal til for at livsstilsendringene skal være langsiktige.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er behov for at sykepleierne ved frisklivssentralene begynner å etterspørre bruk av screeningverktøy for å kartlegge type 2-diabetespasientenes helseinformasjonsforståelse, for å kunne gi individuelt tilpasset informasjon, og således bidra til myndiggjøring og ivareta pasientens selvbestemmelse ved livsstilsendring. Dette kan også fremme motivasjon og tro på egne evner hos pasienten, som kan være avgjørende for endringsforsøk og vedlikehold av livsstilsendringene. Noen pasienter responderer positivt på bruk av prinsipper fra</p>	

motiverende intervju i de individuelle helsesamtalene. For at livsstilsendringene skal være langsiktige er det avgjørende at de tilpasses pasientens bakgrunn, nåværende livsstil, og sosiale og økonomiske forhold. Tilbudet ved frisklivssentralene er for 12 uker av gangen. Om dett er tilstrekkelig er usikkert på bakgrunn av at livsstilsendringer kan være utfordrende og tidkrevende for mange. Det er behov for mer forskning som ser på hvordan sykepleierne ved frisklivssentralene kan an nå ut til flere, og hvordan tilbudet kan tilpasses til å favne de type 2-diabetespasientene som ikke ønsker å benytte seg av dagens tilbud, samt om varigheten av tilbudet er tilstrekkelig for å bidra til vedvarende livsstilsendringer.

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Avgrensning og klargjøring av kontekst.....	2
1.3 Oppgavens disposisjon.....	4
2. Teoretisk rammeverk.....	5
2.1 Type 2-diabetes.....	5
2.2 Livsstil ved type 2-diabetes.....	7
2.2.1 Kostanbefalinger ved type 2-diabetes.....	7
2.2.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet ved type 2-diabetes	8
2.3 Helseinformasjonsforståelse og myndiggjøring.....	8
2.4 Motivasjon og motiverende intervju	10
2.5 Rammefaktorer	11
2.6 Sykepleierens funksjonsområder, yrkesetiske retningslinjer og juridiske aspekter	12
3. Metode	14
3.1 Litteratursøk.....	14
3.2 Kildekritikk og relevans for problemstillingen	16
4. Presentasjon av forskningsartikler.....	19
5. Drøfting av problemstillingen	22
5.1 Frisklivssentralen som kontekst.....	22
5.2 Pasientens behov for informasjon.....	25
5.3 Kommunikasjon til motivasjon.....	28
5.4 Livsstilsendringer til å leve lenge og godt med.....	32
6. Avslutning	34
Referanser	36

1. Innledning

Jeg har valgt å se nærmere på hvordan sykepleieren kan bidra til livsstilendringer i form av fysisk aktivitet og kosthold hos personer med type 2-diabetes. Herunder følger begrunnelse for valg av tema, avgrensning og klargjøring av kontekst, og disposisjon for oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min forforståelse av tema er at det er et økende behov for helsefremmende og forebyggende arbeid i den norske befolkningen på bakgrunn av utviklingen i den vestlige livsstilen og forekomsten av livsstilsrelaterte sykdommer, som type 2-diabetes. Min oppfattelse er at helsefremmende og forebyggende arbeid er utfordrende og stiller store krav til hjelperen i relasjonen. Jeg har en bachelorgrad i ernæring fra tidligere hvor jeg ble introdusert for fagområdet helsekommunikasjon, hvorpå jeg fikk innsikt i kompleksiteten ved endringsarbeid relatert til den enkeltes livsstil, herunder kostvaner og fysisk aktivitet. Min oppfattelse er at sykepleieren må ha adekvat kunnskap og kompetanse om pasientens sykdom, og ikke minst kjennskap til hva som kan bidra til helsefremmende atferdsendring hos den enkelte, samt evne til å tilpasse sin egen atferd i møte med enhver pasient, for å bidra til endring av etablerte vaner. Jeg ønsker med denne litteraturstudien å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til helsefremmende og forebyggende livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes, og hva som eventuelt kan hindre slik endring.

Tema for oppgaven er relevant for sykepleiere i Norge i dag på bakgrunn av de demografiske utfordringene i samfunnet med stadig økende forekomst av livsstilssykdommer, som type 2-diabetes. Antall personer med type 2-diabetes i Norge har tredoblet seg de siste 30 årene (Meld. St. 47 (2008-2009)). Omkring 216 000 nordmenn har i dag en kjent diabetes type 2-diagnose, og trolig er det i tillegg mange som er udiagnostisert (Folkehelseinstituttet, 2017). På bakgrunn av omfanget og utviklingen av sykdommen på verdensbasis omtales type 2-diabetes i dag som en epidemi (Polikandrioti & Dokoutsidou, 2009, s. 216).

Kostholdet i den norske befolkningen har flere ernæringsmessige svakheter som øker risikoen for å utvikle sykdommer som type 2-diabetes. Vi får i oss for mye mettet fett, sukker og salt, samtidig som inntaket av grove kornprodukter, fisk, frukt og grønnsaker er for lavt (Helsedirektoratet, 2016). Kostholdet er av betydning for personer med type 2-diabetes da det

blant annet påvirker blodsukkerreguleringen, og et hjertevennlig kosthold kan bidra til å redusere risikoen for senkomplikasjoner (Hanssen & Aas, 2012, s. 406). Samtidig er nivået av fysisk aktivitet i dag lavere enn det var tidligere, både på fritiden, på jobb, skole og ved transport. Lavt fysisk aktivitetsnivå kan øke risikoen for sykdom, og personer som er fysisk inaktive kan tape åtte til ti gode leveår sammenlignet med fysisk aktive (Meld. St. 47 (2008-2009)). For personer med type 2-diabetes har fysisk aktivitet også en gunstig effekt på blodsukkeret og regulering av sykdommen (Helsedirektoratet, 2017). En viktig del av sykepleierens oppgave vil derfor være å fremme en mest mulig optimal livsstil og sykdomskontroll, gjennom fysisk aktivitet og kosthold, hos personer med type 2-diabetes (Helsedirektoratet, 2017). Temaet i oppgaven er relevant for sykepleiere fordi det tilsynelatende er behov for økt kompetanse på dette området i dagens samfunn.

Formålet med oppgaven er å rette fokus mot hva som er viktig at sykepleieren tar hensyn til i møte med personer med type 2-diabetes for å bidra til helsefremmende atferdsendring i form av livsstilsendringer, for å forebygge utvikling og forverring av sykdommen og diabeteskomplikasjoner.

Dette fører fram til min problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes?

1.2 Avgrensning og klargjøring av kontekst

Type 2-diabetes ble tidligere regnet som en «gammelmannssykdom», men sykdommen blir stadig mer vanlig hos folk i 30-årene og helt ned i 20-årene og tenårene. Dette har sammenheng med utviklingen av den vestlige livsstilen, og type 2-diabetes omtales i dag som en livsstilssykdom (Helsebiblioteket, 2014). I tillegg er anbefalingene i «Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes» tilpasset personer fra 18 år og oppover (Helsedirektoratet, 2017). På bakgrunn av dette vil denne litteraturstudien omhandle voksne type 2-diabetespasienter i alderen 18-80 år, kvinner og menn som kan kommunisere på norsk, med påvist type 2-diabetesdiagnose.

Utviklingen av type 2-diabetes har sammenheng med både arv og livsstil (Jenssen, 2011, s. 385). Jeg har valgt å avgrense denne litteraturstudien til å omhandle den kontrollerbare faktoren livsstil, med fokus på kosthold og fysisk aktivitet. Bakgrunn for valget er at mange

personer med type 2-diabetes vil kunne holde sykdommen under kontroll og forebygge diabeteskomplikasjoner, ved hjelp av livsstilsendringer i form av kostregulering og fysisk aktivitet (Jenssen, 2011, s. 386-387; Sagen, 2011a, s. 19; Polikandrioti & Dokoutsidou, 2009, s. 216).

Konteksten i oppgaven vil være primærhelsetjenesten, nærmere bestemt kommunale frisklivssentraler. Bakgrunnen for dette valget er den demografiske utviklingen i samfunnet og det økende behovet for desentralisering av helsetjenesten og lavterskeltilbud for å styrke det forebyggende arbeidet og mulighet for tidlig behandling, framfor å behandle langtkommen sykdom og komplikasjoner (Meld. St. 47 (2008-2009)). Med innføring av Samhandlingsreformen i 2012 ble det et økende fokus på lærings- og mestringstilbud og lavterskeltilbud i kommunene, som mestringkurs, livsstilskurs og selvhjelpsgrupper for blant annet type 2-diabetespasienter (Meld. St. 47 (2008-2009)). I 2012 ble alle kommuner anbefalt å etablere frisklivssentraler som kan tilby slike lærings- og mestringstjenester, og det er i dag 264 kommuner og bydeler rundt om i landet som har frisklivssentraler, og stadig flere etableres. Frisklivssentralene omtales som en helsefremmende og forebyggende helsetjeneste hvor sykepleiere, uten behov for videreutdanning, spiller en sentral rolle i behandlingen og oppfølgingen av blant annet pasienter med type 2-diabetes (Helsedirektoratet, 2018). Et mål i Folkehelsemeldingen -God helse -felles ansvar, er at det skal etableres flere kommunale frisklivssentraler, og viser til at det er økt behov for kompetanse innen ernæring og fysisk aktivitet i kommunene (Meld. St. 34 (2012-2013)). Dette underbygger oppgavens faglige relevans og valg av kontekst.

På bakgrunn av oppgavens omfang har jeg valgt å avgrense denne litteraturstudien til å se på type 2-diabetespasientenes behov for informasjon og motivasjon for å gjøre selvstendige, bevisste livsstilsendringer, og hvordan sykepleieren kan bidra til dette. Samt hvordan kommunikasjon basert på prinsipper fra motiverende intervju kan fremme livsstilsendringer hos denne pasientgruppa. Jeg gir en innføring i type 2-diabetes og livsstilsanbefalingene i teorikapittelet, men jeg kommer ikke til å omtale dette nærmere i drøftinga da jeg vil fokusere på hvordan sykepleieren kan bidra til atferdsendring.

1.3 Oppgavens disposisjon

Jeg vil videre i oppgaven gi en innføring i teoretisk bakgrunnskunnskap om type 2-diabetes, livsstilsanbefalinger for å holde sykdommen under kontroll, helseinformasjonsforståelse og myndiggjøring, motivasjon og motiverende intervju, rammefaktorer ved konteksten, og relevante sykepleiefaglige funksjonsområder, yrkesetiske retningslinjer og juridiske aspekter.

Deretter vil jeg si litt om metode og hvordan jeg har funnet relevant fag- og forskningslitteratur, og styrker og svakheter ved den valgte litteraturen i tilknytning til problemstillingen.

Videre følger artikkelmatrise med presentasjon av forskningsartikler, og drøfting av problemstillingen i lys av det teoretiske rammeverket og relevant forskningslitteratur. Til slutt vil jeg etter beste evne besvare problemstillingen i avslutningen.

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg presentere teoretisk bakgrunnskunnskap om diabetes type 2 og livsstilsanbefalinger ved type 2-diabetes, utvalgte faktorer og prinsipper av betydning for å gjøre livsstilsendringer, rammefaktorer ved frisklivssentralen, samt relevante sykepleiefaglige funksjonsområder, yrkesetiske retningslinjer og juridiske aspekter.

2.1 Type 2-diabetes

Type 2-diabetes er en kronisk, hormonell sykdom med relativ insulinmangel, det vil si at frigjøringen av hormonet insulin fra betacellene i pankreas er utilstrekkelig i forhold til behovet. Dette skyldes insulinresistens i cellene, og tiltagende redusert frigjøring av insulin, som resulterer i forhøyet blodsukker (Sagen, 2011a, s. 19, 25). Insulin skilles ut i blodet når vi spiser, og binder seg til muskel- og fettvev slik at disse tar opp glukose fra blodet (Jenssen, 2011, s. 380). Ved insulinresistens binder ikke tilstrekkelige mengder insulin seg til cellene i muskel- og fettvevet, slik at cellene ikke tar opp glukose fra blodet som normalt (Hanssen & Aas, 2012, s. 400). Etter lengre tid med insulinresistens reduseres insulinproduksjonen og insulinfrigjøringen fra pankreas, som fører til ytterligere forhøyet blodsukker. Årsak til utvikling av insulinresistens skyldes hos mange fysisk inaktivitet og usunt kosthold (Sagen, 2011a, s. 19, 25, 28).

Blodsukker, også kalt blodglukose, er mengden glukose som til enhver tid er i blodet, og måles i millimol per liter (mmol/L). Blodsukkeret må ikke være for lavt eller for høyt. Det er ønskelig at fastende blodsukker er på 4-6 mmol/L, og kan stige til over 8 mmol/L etter måltid (Diabetesforbundet, 2017). Det foreligger diabetes når fastende blodsukker er $> 7,0$ mmol/L, eller blodsukker $> 11,1$ mmol/L to timer etter 75 gram oral glukosebelastning. Avgjørende for diagnosen er at glukosekonsentrasjonen i blodet må være forhøyet ved minst to forskjellige anledninger (Jenssen, 2011, s. 381). HbA1c, glykert hemoglobin, er et uttrykk for gjennomsnittsblodsukkeret de siste 6-8 ukene før prøvetakingen, og er det primære diagnosekriterium for diabetes i Norge, og oppgis i prosent. HbA1c $> 6,5$ % defineres som diabetes (Hanssen & Aas, 2012, s. 401).

Type 2-diabetes utvikles gradvis over tid hvor blodsukkeret stiger langsomt over flere år, og personen har lite symptomer før sykdommen har vart en stund. Vedvarende høyt blodsukker (hyperglykemi) fører etterhvert til at glukose skilles ut i urinen. Andre symptomer er tretthet,

slapphet, hyppig urinlating og økt tørste. Vedvarende forhøyet og dårlig regulert blodsukker, kan over tid medføre utvikling av diabetiske senkomplikasjoner. Komplikasjonene kan deles inn i mikrovaskulære og makrovaskulære (Jenssen, 2011, s. 386, 388).

De mikrovaskulære komplikasjonene oppstår i små blodårer, særlig i øyne (retinopati), nyrer (nefropati) og nerver (nevropati), og skyldes i stor grad forhøyet, dårlig regulert blodsukker over flere år (Hanssen & Aas, 2012, s. 402). *Diabetisk retinopati* kan i verstefall føre til blindhet, og *diabetisk nefropati* kan medfører proteiner i urinen (proteinuri) som ubehandlet, over tid, kan føre til nyresvikt. *Diabetisk nevropati* er skader i perifere nerver i både det somatiske og autonome nervesystemet. Dette medfører nedsatt følsomhet i hender og føtter, og gradvis funksjonssvikt. Nevropati øker risikoen for å utvikle diabetiske fotsår, og i verstefall amputasjon. Autonom nevropati kan blant annet føre til ereksjonssvikt hos menn og hjerterytmeforstyrrelser. Det er velkjent at et nøye regulert blodsukker kan forebygge diabetisk retinopati, nefropati og nevropati (Jenssen, 2011, s. 388-389; Sagen, 2011a, s. 57-61).

De makrovaskulære komplikasjonene kommer fra større blodkar i hovedsakelig hjerte, hjerne og føtter. Dette skyldes aterosklerose i blodårene som kommer av lipidforstyrrelser og hypertensjon ofte relatert til usunn livsstil. I tillegg bidrar hyperglykemien til å forverre aterosklerosen (Hanssen & Aas, 2012, s. 402). Over tid kan aterosklerosen medføre iskemisk hjertesykdom som angina pectoris eller hjerteinfarkt, iskemisk hjernesykdom som hjerneslag eller transitorisk iskemisk anfall (TIA), eller nedsatt sirkulasjon i foten og gangren (Jenssen, 2011, s. 389). Makrovaskulære komplikasjoner er den vanligste årsaken til sykdom og dødelighet hos personer med diabetes (Sagen, 2011a, s. 61), og risikoen for å få hjerteinfarkt eller hjerneslag er 3-4 ganger høyere for personer med type 2-diabetes (Östenson, Birkeland & Henriksson, 2008, s. 296).

Behandlingen av type 2-diabetes tar sikte på å regulere blodsukkeret best mulig, samt holde blodtrykket og blodlipidene lave, for å forebygge og hindre utvikling av senkomplikasjonene. For mange er det nødvendig med medikamentell behandling, men en del personer med type 2-diabetes vil kunne holde sykdommen under kontroll ved hjelp av ikke-farmakologiske tiltak. Slike tiltak er livsstilsendringer i form av et sunt og tilpasset kosthold, og regelmessig fysisk aktivitet (Jenssen, 2011, s. 386-387; Sagen, 2011a, s. 19). Jeg vil videre i oppgaven fokusere

på livsstil for å holde sykdommen under kontroll og forebygge utvikling av diabeteskomplikasjoner.

2.2 Livsstil ved type 2-diabetes

Oppvekst, vaner, tradisjoner, tilgjengelighet, tid, økonomi, verdier, familie og sosialt nettverk er noen faktorer som påvirker valg av livsstil (Aas, 2011, s. 123, 139). I tillegg er utdanningsnivå og sosioøkonomisk status av betydning. Forekomsten av type 2-diabetes er høyere i lave sosioøkonomiske grupper, både i Norge og i andre land (Hanssen & Aas, 2011, s. 402).

Personer med type 2-diabetes har ofte en livsstil preget av fysisk inaktivitet og usunt kosthold. Livsstilsendring er derfor en viktig del av behandlingen (Polikandrioti & Dokoutsidou, 2009, s. 218-219; Sagen, 2011a, s. 38).

2.2.1 Kostanbefalinger ved type 2-diabetes

Det er velkjent at et sunt kosthold er grunnlaget i behandlingen av type 2-diabetes (Hanssen & Aas, 2012, s. 406; Polikandrioti & Dokoutsidou, 2009, s. 219; Sagen, 2011a, s. 38). De samme kostanbefalingen for å fremme god helse i befolkningen gjelder også for å forebygge og behandle type 2-diabetes. Disse anbefalingene innebærer blant annet et kosthold som hovedsakelig består av grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk, samt begrensede mengder kjøtt, salt, tilsatt sukker og energirike matvarer (Hanssen & Aas, 2012, s. 406; Helsedirektoratet, 2011). 50-60 prosent av kostholdet bør bestå av komplekse karbohydrater og høyst 30-35 prosent bør være fett, hovedsakelig en- og flerumettet. Dette kan bidra til å redusere insulinresistensen i muskel- og fettvev og regulere blodsukkeret, samt øke det gunstige HDL-kolesterolet i blodet og senke triglyseridene. Rundt 20 prosent av kostholdet bør bestå av proteiner (Jenssen, 2011, s. 387-388; Östenson et al., 2008, s. 297). For personer med type 2-diabetes er det spesielt viktig å redusere sukkerinntaket, og velge lite bearbeidet, stivelsesrik mat med høyt innhold av fiber, for å unngå store svingninger i blodsukkeret. Matinntaket bør fordeles på flere små måltider (fire eller flere) utover dagen, da dette vil gi mindre variasjon i blodsukkeret, enn ved 1-3 måltider (Hanssen & Aas, 2012, s. 407; Aas, 2011, s. 126). For overvektige pasienter med type 2-diabetes vil en moderat vektreduksjon på

3-5 prosent av utgangsvekten bidra til å normalisere blodsukker og blodlipider (Hanssen & Aas, 2012, s. 403; Jenssen, 2011, s. 388).

Et sunt, tilpasset kosthold bidrar til å stabilisere blodsukkeret, holde blodtrykket og blodlipidene under kontroll, og redusere risikoen for utvikling av diabetiske senkomplikasjoner (Jenssen, 2011, s. 386; Polikandrioti & Dokoutsidou, 2009, s. 219).

2.2.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet ved type 2-diabetes

Regelmessig fysisk aktivitet spiller en sentral rolle i behandlingen av type 2-diabetes. Begrepet fysisk aktivitet oppfattes forskjellig av ulike personer avhengig av den enkeltes bakgrunn og erfaring med fysisk aktivitet, og anbefalingene må individualiseres (Sagen, 2011b, s. 147-148). Treningsform, varighet, hyppighet og intensitet må tilpasses den enkeltes alder, kjønn, tidligere erfaring, behov, og eventuelt kardiovaskulær risiko og senkomplikasjoner (Polikandrioti & Dokoutsidou, 2009, s. 218; Sagen, 2011b, s. 152). Östenson, et al. anbefaler i Aktivitetshåndboka fra Helsedirektoratet, middels intensiv fysisk aktivitet minst 30 minutter daglig, som rask gange, sykling eller lignende, for personer med type 2-diabetes. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved mer intensiv trening 2-3 ganger i uka. Anbefalingene må tilpasses den enkeltes fysiske form, levevaner og eventuelle diabeteskomplikasjoner (2008, s. 299-300).

Fysisk aktivitet bidrar til å øke musklens insulinfølsomhet og øker opptaket og forbrenningen av glukose både under og etter aktivitet (Hanssen & Aas, 2012, s. 403; Östenson et al., 2008, s. 297). For personer med type 2-diabetes vil regelmessig fysisk aktivitet gi bedre glykemisk kontroll, ha gunstig effekt på kardiovaskulær risiko ved å redusere blodtrykk og blodlipider, redusere risikoen for diabetiske senkomplikasjoner og øke forventet levealder (Jenssen, 2011, s. 387; Sagen, 2011b, s. 147, 152; Polikandrioti & Dokoutsidou, 2009, s. 217; Östenson et al., 2008, s. 298).

2.3 Helseinformasjonsforståelse og myndiggjøring

For at type 2-diabetespasienter skal gjøre nødvendige livsstilsendringer må de ha en viss grad av helseinformasjonsforståelse. Pasientens evne til å oppfatte, forstå og handle på bakgrunn av helseinformasjon blir i engelsk litteratur beskrevet som health literacy (Tveiten, 2016, s.

44; Nutbeam, 2000, s. 263). På norsk blir dette omtalt som helsefremmende allmenndannelse eller helseinformasjonsforståelse (Tveiten, 2016, s. 44). Jeg kommer videre i oppgaven til å bruke det norske begrepet helseinformasjonsforståelse.

Nutbeam definerer *helseinformasjonsforståelse* som «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse». Begrepet deles inn i tre hierarkiske nivåer: 1) *Funksjonell helseinformasjonsforståelse* innebærer å ha nødvendige lese- og skriveferdigheter, samt basal kroppskunnskap, for å kunne forstå og nyttiggjøre seg helseråd. 2) *Interaktiv helseinformasjonsforståelse* omhandler kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter for å kunne interagere med helsepersonell, og således ivareta egen helse. Dette nivået innebærer en bemyndiget pasientrolle, og kjennskap til hvordan man kan anvende de ulike instansene i helsevesenet. 3) *Kritisk helseinformasjonsforståelse* omhandler evne til kritisk tenkning og å kritisk analysere helseinformasjonen man mottar, samt evne til å anvende informasjonen for å ta større kontroll over, og bedre egen helse (Nutbeam, 2000, s. 263-264; oversatt i Finbråten & Pettersen, 2009, s. 60).

Pasientens helseinformasjonsforståelse er avgjørende for pasientmyndiggjøring ved livsstilsendringer (Finbråten & Pettersen, 2009, s. 60). Myndiggjøring kommer av det engelske begrepet empowerment (Tveiten, 2016, s. 29). Innen helsefremmende arbeid definerer Verdens helseorganisasjon empowerment som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse» (World Health Organization, 1998, s. 6 - egen oversettelse). Empowerment og myndiggjøringsbegrepet innebærer maktfordeling fra helsepersonell til pasient, brukermedvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv. Pasienten som deltaker framfor mottaker i sykepleier-pasient-relasjonen er en viktig del av empowermenttenkningen, samt anerkjennelse av pasienten som eksperten på seg selv og sitt liv (Tveiten, 2016, s. 27, 34). Empowerment/myndiggjøring er, kort oppsummert, en prosess som aktivt forsøker å sette pasienten i stand til å ivareta egen helse (Finbråten & Pettersen, 2009, s. 61). Jeg kommer til å bruke begrepet myndiggjøring videre i oppgaven.

2.4 Motivasjon og motiverende intervju

For at type 2-diabetespasienter skal ønske å gjøre livsstilsendringer er motivasjon viktig. Motivasjon kan ses på som en kognitiv og holdningsmessig predisposisjon for handling, som skapes i et samspill mellom personlige og sosiale faktorer. Hva som motiverer den enkelte varierer fra person til person, men felles er at motivasjonen kommer til uttrykk i handlinger og valg, der tanker og følelser påvirker atferden på bakgrunn av for eksempel personens ønsker, bekymringer og motiver (Karlsen, 2011, s. 219-220).

Pasientens motivasjon for endring kan være avgjørende for vedkommendes pågangsmot og utholdenhet i endringsforsøket, og opprettholdelse av livsstilsendringene over tid. Ulike drivkrefter kan danne grunnlag for pasientens indre og ytre motivasjon (Karlsen, 2011, s. 220). *Indre motivasjon* er personens indre drivkraft for å endre livsstil, der det er livsstilsendringen i seg selv som skaper interesse og handling. *Ytre motivasjon* er relatert til faktorer utenfor personen. Det vil si at det ikke er livsstilsendringen i seg selv som motiverer pasienten, men et mål eller en belønning, eksempelvis forebygging av diabetiske senkomplikasjoner, som bidrar til at livsstilsendringene vedlikeholdes (Dalland, 2010, s. 91). Pasientens selvoppfatning og tro på egne evner vil også være avgjørende for hvor motivert pasienten er for å endre livsstil (Karlsen, 2011, s. 220).

Motiverende intervju, også kalt motiverende samtale og endringsfokusert rådgivning, er en samtalemetode som sykepleieren kan benytte for å undersøke pasientens motivasjon for atferdsendringer, samtidig som pasientens autonomi står i sentrum. Metoden ble utviklet innen rusfeltet på 1980-tallet, men brukes i dag også ved ønske om livsstilsendring. Ved bruk av motiverende intervju kan sykepleier undersøke pasientens oppfatning av og innstilling til egen livsstil, og muligheter for endring. Pasientens motivasjon og mestringstro, egne ideer om framgangsmåter og beslutningstaking står i fokus (Bagøien & Prescott, 2013, s. 24-25).

Sykepleierens oppgave i motiverende intervju er å strukturere samtalen, sette av tid til de ulike temaene, og identifisere og utdype viktige tema som dukker opp. Det er viktig at sykepleieren tilrettelegger for at pasienten kan snakke konstruktivt om sin egen livsstil og muligheter for endring, og påvirke seg selv i positiv retning. Dette omtales som pasientens endringssnakk. Sykepleieren må identifisere og styre samtalen mot pasientens endringssnakk fortløpende i samtalen, og gi pasienten anledning til å utforske og styrke dette. Det mest

sentrale i prosessen er pasientens egne, selvstendige beslutninger om å gjøre livsstilsendringer (Bagøien & Prescott, 2013, s. 23, 25-27).

2.5 Rammefaktorer

Som nevnt innledningsvis er konteksten i denne litteraturstudien kommunale frisklivssentraler, og arbeidsforholdene her danner grunnlag for sykepleierens ramme i møtet med type 2-diabetespasientene. Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende helsetjeneste rettet mot personer som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom, og trenger støtte til livsstilsendringer og å mestre helseutfordringer. Sykepleierne som jobber ved frisklivssentralen må ha kunnskap om blant annet fysisk aktivitet, kosthold og livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2018).

Personer med type 2-diabetes som har behov for oppfølging i regi av frisklivssentralen kan bli henvist fra fastlege, annet helsepersonell og NAV, eller ta direkte kontakt selv. Tilbudet ved frisklivssentralen er for 12 uker av gangen, med mulighet for forlengelse. Pasientene får oppfølging i forbindelse med livsstilsendringer gjennom strukturerte, individuelle helsesamtaler basert på prinsipper fra motiverende intervju, samt temabaserte gruppesamlinger, gruppeaktivitet utendørs og kurs. I helsesamtalen ved oppstart vil sykepleieren og personen med type 2-diabetes sammen sette opp en plan og mål for de 12 ukene. I helsesamtalene underveis i forløpet er motivasjon, muligheter og barrierer for endring, samt grad av måloppnåelse viktige tema. I den avsluttende helsesamtalen vil sykepleieren og pasienten sammen komme fram til behov og plan for videre oppfølging, og hva som skal til for å opprettholde livsstilsendringene. Brukermedvirkning står sentralt i behandlingen, og målet er at pasienten skal være i stand til å fortsette med fysisk aktivitet og sunne kostvaner på egenhånd, eller ved hjelp av andre tilbud, etter deltakelse ved frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2018).

Tilbudet ved frisklivssentralene i de ulike kommunene varierer noe, men felles er at det hovedsakelig er dagtilbud med åpningstider 8-15/16 i ukedagene. Frisklivssentralene finansieres gjennom kommunens budsjett, hvorpå de individuelle helsesamtalene er gratis for pasientene, men noen av kursene og gruppeaktivitetene kan ha en liten egenandel (Helsedirektoratet, 2018).

2.6 Sykepleierens funksjonsområder, yrkesetiske retningslinjer og juridiske aspekter

Sykepleiere har sju funksjons- og ansvarsområder som de utøver sykepleie innenfor. Disse funksjonsområdene omfatter; helsefremming og forebygging; behandling; lindring; rehabilitering og habilitering; undervisning og veiledning; organisering, administrasjon og ledelse; og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 17). For å bidra til livsstilsendring hos type 2-diabetespasienter er sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon, og undervisende og veiledende funksjon, relevant.

Den helsefremmende og forebyggende funksjonen omfatter sykepleie for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske, syke og personer med økt risiko for komplikasjoner av ulike årsaker. Den helsefremmende funksjonen innebærer å styrke pasientens egne ressurser og har helse, velvære og livskvalitet som mål. Den forebyggende funksjonen innebærer primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. I møte med pasienter med type 2-diabetes utøver sykepleieren sin sekundær- og tertiærforebyggende funksjon gjennom tidlig å identifisere og iverksette tiltak for å forebygge ytterligere helsesvikt og hindre utvikling av diabeteskomplikasjoner, blant annet ved å bidra til livsstilsendringer (Kristoffersen et al., 2011, s. 18).

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon innebærer å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. I møte med type 2-diabetespasienter har sykepleieren ansvar for å bidra til at pasienten får tilstrekkelig informasjon, undervisning og veiledning for å forstå sin sykdom og mulige konsekvenser av denne, og dermed mulighet til å foreta selvstendige livsstilsrelaterte valg (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22).

Sykepleierne ved frisklivssentralene utøver sine funksjonsområder innenfor yrkesetiske og juridiske rammer, i arbeidet med å bidra til livsstilsendringer hos type 2-diabetespasientene. *De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere*, punkt 2, omfatter sykepleierens rolle og ansvar i møtet med pasienten. Sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet til enhver tid. Hun skal fremme pasientens rett til å være medbestemmende og mulighet til å ta

selvstendige valg ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått, samt verne om pasientens fortrolige opplysninger. Sykepleieren skal ivareta pasientautonomien og respektere pasientens selvbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Pasientens rett til medvirkning

Det kommer fram av pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1 at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og at medvirkningen skal tilpasses pasientens forutsetninger for å gi og motta informasjon.

Retten til å få og plikten til å gi nødvendig informasjon

Type 2-diabetespasientene har rett til å få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten, samt mulige risikoer, komplikasjoner og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Helsepersonelloven, 1999, § 10, stadfester sykepleierens plikt til å gi nødvendig informasjon, og at informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger.

Sykepleierens taushetsplikt

I møte med type 2-diabetespasienter, for å bidra til livsstilsendringer, er sykepleieren underlagt taushetsplikten som skal sikre at opplysninger om pasientens «legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold» ikke kommer til kjenne for andre enn «samarbeidende helsepersonell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp» (Helsepersonelloven, 1999, § 21, § 25).

3. Metode

Metode viser til hvordan vi bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Dalland refererer til sosiologen Vilhelm Aubert som formulerer 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 dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, referert i Dalland, 2017, s. 51).

Denne oppgaven er en litteraturstudie som bruker eksisterende fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). Jeg vil i dette kapittelet vise hvordan jeg har funnet relevant fag- og forskningslitteratur, og se på kildekritikk og relevans for problemstillinga mi.

3.1 Litteratursøk

Jeg har anvendt pensumlitteratur fra nåværende bachelorgrad i sykepleie, pensumlitteratur fra tidligere bachelorgrad i ernæring, og faglitteratur relevant for emnet som jeg har funnet på Lovisenberg skolebibliotek. Litteraturen er skrevet av fagfolk, og på bakgrunn av hvor jeg har funnet litteraturen føler jeg meg trygg på at denne er kvalitetssikret. Primærkilden til Nutbeam (2000) og World Health Organization (1998) har jeg funnet via kjedesøk til tidligere pensumlitteratur i ernæring. I tillegg har jeg anvendt informasjon fra internett fra nettsider som jeg anser som sikre kilder med oppdatert informasjon, som blant annet Norsk sykepleierforbund, Helsedirektoratet, Helsebiblioteket og Lovdata.no.

For å finne relevant forskningslitteratur brukte jeg databasene Cinahl, PubMed, Swemed+, Google Scholar og Sykepleien forskning. For å velge hvilke forskningsartikler som var relevant for problemstillinga mi leste jeg overskriftene og abstraktene til forskningsartiklene som så interessante ut, ved de søkene jeg gjorde. Flere enkeltstudier og noen oversiktsartikler var relevante for meg. Av disse er det fem forskningsartikler som jeg har valgt å omtale i resultatkapittelet. I tillegg fant jeg en forskningsartikkel på nettsiden Mestring.no, som jeg forhørte meg om på skolens bibliotek om var til å stole på, noe de bekreftet. Jeg fant denne forskningsartikkelen også på Sykepleien.no hvor den er publisert.

Tabellen under viser søkehistorikk for forskningsartiklene jeg har valgt å utdype i resultatkapittelet.

Forfattere, publikasjonsår, tittel	Formål med søket	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Type forskning
Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M. og Gabbay, R. A., 2012, <i>How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing</i>	Hvordan pasienter med type 2-diabetes responderer på bruk av motiverende intervju var ønskelig	Cinahl	Søk med tekstord: «Patient respond to motivational interviewing»	Unnlot å huke av «suggest subject terms»	1	Kvalitativ
Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., Van der Weijden, T., Elwyn, G. og Grol, R., 2013, <i>No identifiable HbA1c or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial</i>	Et av de første søkene jeg gjorde for å gjøre meg kjent med forskningslitteraturen på området, hvorpå følgende forskningsartikkel var en av de første 10. Forskning på effekten av motiverende intervju for å bidra til livsstilsendringer til personer med type 2-diabetes var ønskelig	Google Scholar	Type 2 diabetes mellitus, lifestyle changes, motivational interviewing, primary health care, randomised controlled trial	Tidsrom: 2012-2017	7 120	Kvantitativ
Hansen, E., Landstad, B. J., Hellzén, O. og Svebak, S., 2011, <i>Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance</i>	Jeg ønsket å se nærmere på motivasjon for livsstilsendringer hos personer med type 2-diabetes	Cinahl	Diabetes Mellitus type 2, Life Style Changes, Motivation, i kombinasjon med AND	Tidsrom: 2010-2018 Subject Major: Motivation	9	Kvalitativ
Finbråten, H. S. og Pettersen, K. S., 2012, <i>Diabetes-sykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters</i>	Jeg ønsket forskning om «health literacy» (helseinformasjonsforståelse) hos pasienter med type 2-diabetes	Swemed +	Health literacy, diabetes	Tidsrom: 2011-2017	1	Kvantitativ

«health literacy»						
Knutsen, I. R., Bossy, D. og Foss, C., 2017, <i>Passer gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for alle med diabetes 2?</i>	Forskning på lærings- og mestringstilbud i det norske helsevesenet, tilsvarende tilbudet ved frisklivssentralene, var ønskelig	Sykepleien. no	Lærings- og mestringstilbud, diabetes 2	Sykepleien forskning	7	Kvantitativ

Kriterier for utvalg av forskningsartiklene var som følger: Forskning fra vestlige land, hovedsakelig Norden, ikke eldre enn 10 år, sykepleiefaglig relevans, livsstilsendringer som intervensjon, pasientgruppe med type 2-diabetes, samt fagfellevurderte forskningsartikler i fulltekst.

3.2 Kildekritikk og relevans for problemstillingen

Jeg har for det meste benyttet meg av litteratur skrevet på norsk, noe jeg anser som en styrke for å unngå feiltolkning av litteraturen. Noe av faglitteraturen, Nutbeam (2000) og World Health Organization (1998), og det meste av forskningslitteraturen er skrevet på engelsk. I den forbindelse er det mulighet for feiltolkning ved oversettelse til norsk, men jeg har etter beste evne oversatt så direkte som mulig.

Faglitteraturen jeg har anvendt er skrevet av og/eller rettet mot sykepleiere eller annet helsepersonell, noe jeg anser som en styrke for oppgava mi da litteraturen har et klinisk perspektiv. I tillegg er faglitteraturen ikke eldre enn 10 år, bortsett fra Nutbeam (2000) og World Health Organization (1998), men jeg anser allikevel disse som relevante da de er referert til i annen faglitteratur av nyere dato som jeg også bruker i oppgava, samt at de tar opp temaer som fortsatt er aktuelle i det norske helsevesenet.

Jeg har anvendt både kvalitativ og kvantitativ forskning i denne litteraturstudien, noe jeg anser som en styrke. Kvalitativ forskning undersøker meninger og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). Studien til Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay

(2012) ser på hvordan type 2-diabetespasienter opplever bruken av motiverende intervju i forbindelse med endring av livsstil, mens Hansen, Landstad, Hellzén og Svebak (2011) ser på hva som motiverer personer i fare for å utvikle type 2-diabetes til å gjøre livsstilsendringer. Dette er pasientperspektiver som er relevante for å belyse problemstillingen min. Svakheten med kvalitativ metode derimot, er at personligheten til den som intervjuer kan påvirke intervjuobjektene (Dalland, 2017, s. 54). Kvantitativ forskning ser på effekt og tall i større kvanta, og gir data i form av målbare enheter som i større grad kan generaliseres til befolkningen tilsvarende studiepopulasjonen (Dalland, 2017, s. 52-53). Studien til Finbråten og Pettersen (2012) bruker kvantitativ metode med spørreskjema for å undersøke diabetessykepleiere sine oppfatninger av type 2-diabetespasienters helseinformasjonsforståelse. Funnene i studien representerer sykepleiernes oppfatninger, og er således ikke en direkte studie av pasientenes grad av helseinformasjonsforståelse. Jeg anser allikevel denne indirekte studien som relevant for problemstillinga mi, da det kan bidra til å belyse et mulig problemområde ved livsstilsintervensjon. I tillegg er det behov for økt oppmerksomhet rundt «health literacy»-begrepet blant norske sykepleiere (Finbråten & Pettersen, 2012, s. 50).

Ingen av forskningsartiklene jeg har brukt er eldre enn 10 år, hvor den nyeste er fra 2017. Forskningsartiklene har sykepleiefaglig relevans, har livsstilsendringer som utfall og pasientene har type 2-diabetes. Pasientgruppa i studien til Hansen et al. (2011) er personer med nedsatt glukosetoleranse med økt risiko for å utvikle type 2-diabetes. Denne pasientgruppa har overføringsverdi til pasienter med utviklet type 2-diabetes ved at de har mange av de samme sykdomsbekymringene, begge har helsemessige fordeler av å gjøre sunne livsstilsendringer, og kan således drives av de samme motivasjonsfaktorene. Jeg har derfor allikevel valgt denne studien til å belyse problemstillinga mi. Samtlige forskningsartikler er fagfellevurdert, noe jeg anser som en styrke for oppgava.

Tre av forskningsartiklene (Finbråten & Pettersen, 2012; Hansen et al., 2011; Knutsen, Bossy & Foss, 2017) er utført i Norge, noe som har høy overføringsverdi til denne litteraturstudien. Studien til Dellasega et al. (2012) er fra USA og studien til Jansink, Braspenning, Keizer, Van der Weijden, Elwyn & Grol (2013) er fra Nederland. Jeg anser allikevel disse for å ha overføringsverdi til min litteraturstudie på bakgrunn av at USA og Nederland er vestlige land,

med vestlig livsstil, og økende forekomst av type 2-diabetes slik som Norge (Östenson et al., 2008, s. 295).

Jeg har fulgt regler og retningslinjer for oppgaveskriving, og har vært bevisst kreditering av andres arbeid gjennom hele oppgava ved nøye kildebruk.

4. Presentasjon av forskningsartikler

Herunder følger artikkelmatrise med fem forskningsartikler jeg har valgt for å belyse problemstillinga mi i kapittel 5.

Forfattere, publikasjonsår, tittel	Tidsskrift	Hensikt/formål	Metode	Funn	Konklusjon
Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M. og Gabbay, R. A., 2012, <i>How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing</i>	Diabetes Research and Clinical Practice	Å undersøke hvordan pasienter med type 2-diabetes opplever bruk av motiverende intervju ved sykepleier-intervensjon, for å fremme endring av livsstil.	Kvalitativ studie. Informantene ble rekruttert fra en større randomisert kontrollert studie, the DYNAMIC study, som så på effekten av motiverende intervju ved livsstilsendring hos pasienter med type 2-diabetes. Deltakerne som var med i behandlingsgruppa i the DYNAMIC study ble invitert av sykepleiere ved allmennlegekontorer i primærhelse-tjenesten, til å delta i fire fokusgrupper hvor de undersøkte pasientenes opplevelse av motiverende intervju, sammenlignet med vanlig pleie. Totalt 19 informanter, 50 prosent av de som ble invitert, deltok i fokusgruppene.	Informantene vektla fem områder ved motiverende intervju som de følte at hadde positiv innflytelse: 1) Ikke-dømmende ansvarlighet, 2) å bli hørt og respondert til som en person, 3) oppmuntring og myndiggjøring gjennom empati, 4) samarbeid med sykepleier om planlegging og målsetting, og 5) veiledning framfor kritikk. På den andre siden opplevde de vanlig/tradisjonell diabetespleie som nedlatende og paternalistisk.	Responsen til informantene i denne studien viste at noen pasienter med type 2-diabetes er mottakelig for livsstils-intervensjon basert på motiverende intervju, med en mer pasientsentrert tilnærming og myndiggjøring av pasienten, enn tradisjonell diabetespleie.
Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., Van der Weijden, T., Elwyn, G. og Grol, R., 2013, <i>No identifiable HbA1c or lifestyle change after a</i>	Scandinavian Journal of Primary Health Care	Å undersøke effekten av et diabetesprogram som inkluderte bruk av motiverende intervju, for å fremme best mulig regulering av langtids-blodsukker og	Kvantitativ, randomisert kontrollert studie. Sykepleiere ved 58 allmennlegekontorer i primærhelse-tjenesten, og deres 940 type 2-diabetespasienter deltok i studien. 422	Det var ingen signifikant forskjell mellom de to gruppene på noen av områdene, verken i regulering av langtids-blodsukker, kosthold eller fysisk aktivitet.	Et omfattende diabetes-program som inkluderte bruk av motiverende intervju, hadde ikke bedre effekt enn vanlig diabetespleie. Det er behov for

<i>comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial</i>		livsstilsendring i form av kosthold og fysisk aktivitet.	pasienter ble randomisert til intervensjonsgruppa, og 518 pasienter ble plassert i kontrollgruppa som mottok vanlig diabetespleie. Sykepleierne som ble plassert i intervensjonsgruppa fikk opplæring i bruk av et diabetesprogram som inkluderte motiverende intervju.		mer forskning på livsstilsrådgivning og bruk av motiverende intervju i primærhelsetjenesten.
Hansen, E., Landstad, B. J., Hellzén, O. og Svebak, S., 2011, <i>Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance</i>	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Å identifisere motivasjonsfaktorer som kan bidra til livsstilsendring, for å redusere risikoen for å utvikle type 2-diabetes.	Kvalitativ studie. 18 personer med nedsatt glukosetoleranse deltok i et semistrukturert intervju hvor det ble brukt åpne spørsmål og oppfølgings-spørsmål til å undersøke hva som motiverer den enkelte til å endre livsstil. Intervjuene varte fra 35-50 minutter. Informantene deltok også i et strukturert treningsprogram 2-3 ganger/uka i 4 måneder.	Det var fire hovedmotivasjonsfaktorer som var avgjørende for endring av livsstil: 1) Struktur og rutiner i hverdagen, 2) reduksjon av sykdomsrisiko, 3) nivå av fysisk aktivitet, og 4) sosiale relasjoner.	Livsstilsintervensjon til pasienter med type 2-diabetes må tilpasses den enkelte med utgangspunkt i de fire hovedmotivasjonsfaktorene.
Finbråten, H. S. og Pettersen, K. S., 2012, <i>Diabetes-sykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy»</i>	Vård i Norden	Å undersøke diabetes-sykepleieres oppfattelse av type 2-diabetes-pasienters nivå av helseinformasjon sforståelse, og i hvilken grad det er behov for å kartlegge dette under helsekommunikasjon, før nødvendig informasjon gis.	Kvantitativ studie. Spørreskjema ble sendt per post til diabetessykepleiere som var medlem i <i>Faggruppen for Diabetessykepleiere i Norsk sykepleierforbund</i> , hvorav 108 responderte (40 prosent respons). Diabetes-sykepleieres oppfatninger av pasientenes helseinformasjons-	De fleste diabetessykepleiere oppfatter at deres pasienter kan ha lavere kritisk helseinformasjonsforståelsesnivå enn interaktiv helseinformasjonsforståelse og funksjonell helseinformasjonsforståelse.	På bakgrunn av at pasienter med type 2-diabetes kan ha veldig ulike nivå av helseinformasjonsforståelse, bør dette kartlegges ved helsekommunikasjon . Det er behov for mer forskning på området som direkte måler pasientenes nivå av

			forståelse fordelt på de tre nivåene; funksjonell helseinformasjonsforståelse, interaktiv helseinformasjonsforståelse og kritisk helseinformasjonsforståelse, ble kartlagt basert på holdningsutsagn og prosentvis mengdeangivelse.		helseinformasjonsforståelse.
Knutsen, I. R., Bossy, D. og Foss, C., 2017, <i>Passer gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for alle med diabetes 2?</i>	Sykepleien	Å undersøke hvor stor andel av et utvalg pasienter med type 2-diabetes som har deltatt i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud, og hva som karakteriserer de som deltar og ikke deltar, i forbindelse med sosioøkonomiske faktorer, kjønn og helseatferd.	Kvantitativ, deskriptiv tverrsnittstudie. Diabetessykepleiere ved poliklinikker i spesialisthelsetjenesten inviterte pasienter med type 2-diabetes til å delta i studien. 362 ble spurte om å delta, hvorav 298 pasienter samtykket og fylte ut spørreskjema (84,2 svarprosent). Sosiodemografiske data, komorbiditet, helseatferd og deltakelse i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud ble kartlagt.	38 prosent av respondentene hadde deltatt i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. Det var en signifikant forskjell mellom de som hadde deltatt på slike tilbud sammenliknet med ikke-deltakere. Av kursdeltakerne hadde flertallet høyere utdanningsnivå, de fleste var kvinner, og var betydelig mer fysisk aktive. Blant ikke-deltakerne var flertallet røykere.	Det er en skjevfordeling mellom deltakere og ikke-deltakere i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. Det er behov for alternative tilbud for å nå flere grupper av pasienter med type 2-diabetes.

5. Drøfting av problemstillingen

Jeg vil i dette kapittelet drøfte problemstillingen min, *hvordan kan sykepleieren bidra til livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes*, med utgangspunkt i frisklivssentralen som kontekst.

5.1 Frisklivssentralen som kontekst

Frisklivssentralen er en del av primærhelsetjenesten hvor sykepleieren utøver sin helsefremmende og forebyggende funksjon for å bidra til livsstilsendring og forebygge senkomplikasjoner hos personer med type 2-diabetes. Frisklivssentralen skal være et lavterskeltilbud der folk bor. Pasientene kan få henvisning eller oppsøke frisklivssentralen på egenhånd, og tilbudet er hovedsakelig gratis, med kun en liten egenandel for noen av gruppeaktivitetene og kursene (Helsedirektoratet, 2018). Jeg anser dette som positivt med tanke på at forekomsten av type 2-diabetes er høyere i lave sosioøkonomiske grupper (Hanssen & Aas, 2011, s. 402), slik at frisklivssentralen ikke bare blir et tilbud for de som har råd til det.

Sykepleieren ved frisklivssentralen følger opp pasientene ved individuelle helsesamtaler basert på prinsipper fra motiverende intervju, gruppesamlinger og kurs. For å bidra til bevisstgjøring og motivasjon rundt livsstilsendringer hos type 2-diabetespasientene kan sykepleieren benytte seg av kostregistrering, matvarefrekvensskjema, matdagbok og kostholdsplanlegger. Dette danner grunnlaget for å individualisere livsstilsveiledningen. I tillegg kan måling av kroppsmasseindeks og midjemål være nyttige verktøy for å måle effekt, og virke motiverende. Veiledning i fysisk aktivitet foregår i forbindelse med helsesamtaler, temabaserte samlinger og i treningsgrupper, og sykepleieren kan bruke pasientens egen aktivitetshåndbok til å tilpasse råd og anbefalinger sammen med pasienten.

Brukermedvirkning står sentralt i behandlingen og sykepleieren og pasienten lager i samarbeid realistiske mål og plan for livsstilsintervensjonen (Helsedirektoratet, 2018). Dette er i tråd med pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

På den andre siden er begrensninger ved frisklivssentralen som arbeidsplass at sykepleieren kun har mulighet til å følge opp pasientene den tiden de møtes ved frisklivssentralen. Sykepleieren har ikke mulighet til å følge opp pasientene i hverdagen, eksempelvis ved

tilberedning av måltider, kontrollere at kostplanen blir fulgt, oppfølging ved fysisk aktivitet, eller når pasienten møter på fristelser, utfordringer og motstand i hverdagen i forbindelse med livsstilsendringene, slik jeg vil anta at sykepleierne i hjemmetjenesten i større grad kan. Det stilles derfor større krav til sykepleieren ved frisklivssentralen at hun innehar solid kunnskap og ferdigheter om hvordan hun kan bidra til livsstilsendringer og styrke pasientens ressurser slik at vedkommende kan klare seg på egenhånd. En annen begrensning er at frisklivssentralen kun har tilbud på dagtid, klokka 8-15/16, i ukedagene (Helsedirektoratet, 2018). Forskning viser at ugunstige tider er en utbredte forklaring på hvorfor type 2-diabetespasienter ikke deltar på opplegg for diabetesundervisning. Ved oppmøte på dagtid i ukedagene oppga mange av pasientene at de ikke hadde mulighet til å delta hovedsakelig grunnet jobb, andre aktiviteter og familie (Schwennesen, Henriksen & Willaing, 2016, s. 189-190). Dette indikerer at kveldstilbud for de som ønsker det, kan bidra til at flere har mulighet til å benytte seg av tilbudet ved frisklivssentralen.

En norsk studie fra 2017 viser at flertallet av kursdeltakerne ved gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for type 2-diabetespasienter, tilsvarende gruppetilbudet ved frisklivssentralene, har høyt utdanningsnivå, er kvinner og driver med fysisk aktivitet fra tidligere. Samtidig er flertallet av ikke-deltakerne røykere, og har tilsynelatende mer komorbiditet. Funnene i studien indikere at det er forskjeller i sosioøkonomiske faktorer, kjønn og helseatferd blant deltakere og ikke-deltakere ved slike gruppebaserte lærings- og mestringstilbud, som skal bidra til livsstilsendringer hos type 2-diabetespasienter (Knutsen, Bossy & Foss, 2017, s. 4-5). En oversiktsartikkel og metaanalyse viser at lavere utdanningsnivå, yrkesstatus og inntekt er assosiert med økt risiko for å få type 2-diabetes. Årsaken til dette er kompleks og skyldes flere faktorer som tilgang til helsetjenester og informasjon, tilgang på sunn mat og steder å trene, samt økonomiske og yrkesmessige muligheter og individuelle livsstilsvalg (Agardh, Allebeck, Hallqvist, Moradi & Sidorchuk, 2011, s. 804-805, 811). Dette underbygger viktigheten av lavterskeltilbud slik som frisklivssentralen, men studien til Knutsen et al. viser tvert imot at slike gruppebaserte lærings- og mestringstilbud hovedsakelig appellerer til personer med høyere utdanningsnivå, og i mindre grad til de som har dårligst helse og trenger det mest. På bakgrunn av dette er det grunnlag for å tro at slike tilbud heller øker de sosiale ulikhetene i helse. Det er viktig at sykepleierne ved frisklivssentralene er bevisst dette slik at de kan bidra til å endre denne trenden. Knutsen et al. viser at det er behov for mer kunnskap om hvilke tilbud som kan passe for de type 2-diabetespasientene som i dag ikke finner de gruppebaserte lærings- og

mestringstilbudene attraktive. Knutsen et al. hevder at for å bidra til utjevning av de sosioøkonomiske helseforskjellene vil det være nødvendig å satse på tilbud med større individorientering, for å nå fram til flere grupper (2017, s. 9). På bakgrunn av dette anser jeg det som en styrke at tilbudet ved frisklivssentralene også omfatter individuelle helsesamtaler, hvor sykepleieren kan bidra til livsstilsendringer hos de som ikke ønsker å delta på de gruppebaserte kursene. Her kan sykepleieren også undersøke hva som er årsaken til at deltakelse ved de gruppebaserte lærings- og mestringstilbudene ikke er ønskelig, og slik ha mulighet til å tilpasse tilbudet til å appellere til flere. Knutsen et al. antyder også at det er behov for mer målrettet rekruttering til eksisterende tilbud (2017, s. 9). Dette underbygges av funn i studien til Finbråten og Pettersen som viser at knapt halvparten av diabetessykepleierne mener at pasientene deres vet hvilke instanser innen helsevesenet de kan henvende seg til dersom de trenger behandling for helseproblemene sine (2012, s. 48). I tillegg til mer målrettet rekruttering kan andre tiltak for å bidra til at tilbudet appellerer til flere eksempelvis være å kutte ut egenandelen som pasientene må betale for de gruppebaserte aktivitetene.

Forskning viser også at kun et fåtall av diabetessykepleiere opplever at deres pasienter kjenner til sine rettigheter som pasient (Finbråten & Pettersen, 2012, s. 50). Dette kan være en mulig årsak til at noen pasienter, spesielt de med lavere sosioøkonomisk status og utdanning, ikke benytter seg av slike lærings- og mestringstilbud. Jeg anser det derfor som viktig at sykepleierne ved frisklivssentralene er bevisst på å kommunisere dette til sine type 2-diabetespasienter. Kjennskap til sykepleierens taushetsplikt kan bidra til at flere oppsøker hjelp med livsstilsendringer. Formålet med taushetsplikten er å verne om pasientens integritet og sikre tillit til sykepleieren. Taushetsplikten skal bidra til at pasienten med type 2-diabetes oppsøker nødvendig helsehjelp uten frykt for at personlige opplysninger skal komme på avveie, og gjøre pasienten trygg på å gi sykepleieren opplysninger om seg selv som kan være nødvendig for å bidra til livsstilsendringer (Helsedirektoratet, 2012; Helsepersonelloven, 1999, § 21). Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som sikrer sykepleierens ansvar for å verne om pasientens fortrolige opplysninger, verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2011).

En viktig del av sykepleierens helsefremmende funksjon, som hun utøver ved frisklivssentralen for å bidra til livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes, er å styrke pasientens ressurser (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 21). Dette kan sykepleieren blant annet gjøre ved å styrke pasientens helseinformasjonsforståelse, som fører oss videre til neste

punkt. Jeg vil videre i drøftinga ta for meg sykepleierens rolle i de individuelle helsesamtalene.

5.2 Pasientens behov for informasjon

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon er sentral for å kunne bidra til livsstilsendring hos type 2-diabetespasientene ved frisklivssentralen. Sykepleieren har ansvar for å gi tilstrekkelig informasjon, undervisning og veiledning for at pasienten kan forstå sin sykdom og mulige konsekvenser av denne, og dermed mulighet til å foreta selvstendige valg relatert til egen helse (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22). Basert på at forekomsten av type 2-diabetes ofte er høyere i lave sosioøkonomiske grupper (Hanssen & Aas, 2011, s. 402; Agardh et al., 2011, s. 811), samt forskning viser at pasienter med type 2-diabetes kan ha varierende grad av helseinformasjonsforståelse (Finbråten & Pettersen, 2012, s. 48-50), kan det være behov for å undersøke pasientenes kunnskapsnivå og innsikt i egen sykdom ved de individuelle helsesamtalene, før informasjon gis i tråd med sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.

Finbråten og Pettersen viste i sin studie at et flertall av norske diabetessykepleiere mener at deres pasienter kan ha forholdsvis høy funksjonell og interaktiv helseinformasjonsforståelse, men kun en fjerdedel mener at pasientene deres kan ha høy kritisk helseinformasjonsforståelse. Et lite fåtall opplever at pasientene har forutsetninger for å være kritisk og sorterende overfor helseinformasjon vedrørende egen helse, og under halvparten av diabetessykepleierne opplever at pasientene deres følger helserådene som de får av sykepleieren (2012, s. 48-50). Dette underbygger behovet for å kartlegge pasientens helseinformasjonsforståelse. Finbråten og Pettersen anbefaler at sykepleieren bruker et nasjonalt og kultursensitivt tilpasset spørreskjema som måleinstrument (2012, s. 51). Dersom slike kartleggingsverktøy ikke foreligger anser jeg det som nødvendig at sykepleieren bruker eget skjønn og erfaring og stiller spørsmål for å etter beste evne gjøre seg et inntrykk av pasientens helseinformasjonsforståelse. Når det er gjort må sykepleieren tilpasse sin atferd som helseveileder og helsekommunikasjonen deretter, og forsøke å heve pasientens helseinformasjonsforståelsesnivå hvis nødvendig (Wangberg, Svelstad Evju & Lahm Høgbakk, 2016, s. 43).

Pasienten har en lovfestet rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og lovverket stadfester også sykepleierens plikt til å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet i informasjonen (Norsk sykepleierforbund, 2011; Helsepersonelloven, 1999, § 10). Forskning viser at under halvparten av diabetessykepleierne oppfatter at pasientene deres har kunnskaper om hvordan sykdommen arter seg og hvordan fysisk aktivitet og ulike matvarer påvirker blodsukkeret (Finbråten & Pettersen, 2012, s. 48-50). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren gir informasjon i tråd med de yrkesetiske retningslinjene og lovverket. Ved behov må sykepleieren forklare fysiologien bak sykdommen, eksempelvis ved å sammenligne insulin med en nøkkel som kan låse opp cellene i kroppen slik at sukkeret kan komme inn i cellen, samt hva som skjer med insulinfølsomheten ved diabetes, konsekvenser og risiko for komplikasjoner, og ikke minst hvordan fysisk aktivitet og ulike matvarer påvirker insulinfølsomheten og blodsukkerregulering. Sykepleieren må avklare hva ulike begreper innebærer, unngå å bruke forkortelser og medisinsk sjargong uten å forklare, og være konsekvent i ordvalget (Wangberg et al., 2016, s. 35, 47). En kvalitativ studie av Al Sayah, Williams, Pederson, Majumdar og Johnson viste at sykepleieres bruk av medisinsk sjargong og manglende oppfølging av pasientens forståelse førte til at type 2-diabetespasienten i mindre grad klarte å nyttiggjøre seg helsekommunikasjonen (2014, s. 408). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren forsikrer seg om at pasienten har forstått innholdet i informasjonen og avklarer underveis i samtalen om det er en gjensidig forståelse, gjerne ved at pasienten gjenforteller med egne ord, for så å tilpasse helseinformasjonen etter pasientens behov (Wangberg et al., 2016, s. 47). Informasjonen må fordeles utover de individuelle helsesamtalene slik at det ikke blir for mye for pasienten på en gang, og informasjonen kan med fordel gjentas da pasienten kan glemme deler av informasjonen. Helseinformasjonen bør være tilgjengelig i muntlig, visuelt og skriftlig format, eksempelvis i form av samtale, bilder og brosjyrer. Dette for å øke pasientens forståelse av og hukommelse for helseinformasjonen, samt mulighet for å se nærmere på informasjonen for seg selv i etterkant (Wangberg et al., 2016, s. 43-44, 47).

På den andre siden må sykepleieren ved de individuelle helsesamtalene også kunne tilpasse helsekommunikasjonen dersom pasienten har høyere grad av helseinformasjonsforståelse. Det kan oppleves som en fornærmelse for pasienten dersom sykepleieren ikke anerkjenner dette, og være et hinder for videre samarbeid. Ved høyere kritisk helseinformasjonsforståelse må informasjonen tilpasses deretter. For å skreddersy livsstilsintervensjonen til den enkelte

pasient må sykepleieren ha evne til å se personen hun har framfor seg, og situasjonen vedkommende er i. Dette krever tid og innlevelse fra sykepleieren, og at pasienten får fortelle om sin hverdag og hvordan det er å leve med type 2-diabetes (Wangberg et al., 2016, s. 43, 48-49).

Sykepleierens rolle i å styrke pasientens helseinformasjonsforståelse er viktig på bakgrunn av at mye av behandlingen av type 2-diabetes dreier seg om livsstilsendringer for å forebygge diabeteskomplikasjoner, og i den forbindelse er trolig høy kritisk helseinformasjonsforståelse essensiell (Finbråten & Pettersen, 2012, s. 51). Dette samsvarer med at det er en klar sammenheng mellom lav helseinformasjonsforståelse og sykdom (Wangberg et al., 2016, s. 40) I tillegg kan manglende kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren og lav helseinformasjonsforståelse hos pasienten være et hinder for en likeverdig dialog (Wangberg et al., 2016, s. 39). Ved å styrke pasientens helseinformasjonsforståelse kan sykepleieren bidra til myndiggjøring av pasienten (Finbråten & Pettersen, 2009, s. 60; Nutbeam, 2000, s. 264), og slik tilrettelegge for brukermedvirkning, og således en mest mulig likeverdig relasjon i de individuelle helsesamtalene (Tveiten, 2016, s. 31, 35). Finbråten og Pettersen hevder at pasientrollen har endret seg de siste årene med stadig større krav til delaktighet og ansvar for egen helse (2009, s. 61). Dette underbygger behovet for en bemyndiget pasientrolle basert på adekvat helseinformasjonsforståelse.

For å bidra til pasientmyndiggjøring i forbindelse med livsstilsendringer er det viktig at sykepleieren ikke bare gir informasjon, men også lytter til type 2-diabetespasienten og anerkjenner vedkommendes kunnskap om seg selv. På den måten kan sykepleieren tilrettelegge for at pasienten kan være en aktiv deltaker framfor en passiv mottaker i de individuelle helsesamtalene (Wangberg et al., 2016, s. 46-48). Ved å anerkjenne pasienten som eksperten på seg selv kan sykepleieren bedre forstå sykdommen i et pasientperspektiv, og således tilrettelegge for et samarbeid basert på en mest mulig likeverdig relasjon (Tveiten, 2016, s. 30, 34-35). For å tilrettelegge for utveksling av helseinformasjon og delt beslutningstaking er det viktig at sykepleieren møter pasienten på en åpen, støttende og respektfull måte, og unngår å fremme forlegenhet og skyld på bakgrunn av at type 2-diabetes er en livsstilsrelatert, «selvpåført» sykdom (Wangberg et al., 2016, s. 46). Konsekvensen av pasientmyndiggjøring uten at et visst nivå av helseinformasjonsforståelse foreligger kan, ifølge Nutbeam, medføre kunnskapsløse, ureflekterte og ukritiske valg av livsstil (2000, s. 264). Dette underbygger sykepleierens plikt til å tilpasse pasientens rett til å medvirke etter

den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1), samt sykepleierens ansvar for å fremme pasientens medbestemmelse ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått, i henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Nutbeam hevder også at høyere helseinformasjonsforståelse bidrar til høyere grad av pasientautonomi (2000, s. 264). Dette samsvarer med det Nortvedt skriver, at pasientens selvbestemmelse forutsetter bestemte egenskaper hos den enkelte, som evne til å kritisk reflektere rundt sine egne behov, ønsker og interesser, for å kunne ta rasjonelle, velbegrunnede og gjennomtenkte livsstilsvalg. Et vesentlig utgangspunkt for pasientautonomi er at pasienten er tilstrekkelig informert og har forstått informasjonen som er gitt (2016, s. 136, 139). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren bruker sin undervisende og veiledende funksjon, og øker pasientens helseinformasjonsforståelse, og slik bidrar til at type 2-diabetespasientene ved frisklivssentralen kan ta selvstendige, informerte livsstilsvalg og således ivareta pasientens autonomi og rett til å medvirke, i tråd med de yrkesetiske retningslinjene og lovverket (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22; Norsk sykepleierforbund, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

5.3 Kommunikasjon til motivasjon

På bakgrunn av at sykepleierne ved frisklivssentralene bruker prinsipper fra motiverende intervju i de individuelle helsesamtalene (Helsedirektoratet, 2018), har jeg valgt å se på hvordan sykepleieren kan bruke kommunikasjon basert på motiverende intervju for å bidra til livsstilsendringer hos type 2-diabetespasientene, samt hvordan sykepleieren kan fremme motivasjon hos den enkelte.

Formålet med kommunikasjonen er at sykepleieren blir kjent med personen med diabetes gjennom å bygge et tillitsforhold basert på en åpen og individuell prosess, og ved å gi og få nødvendig informasjon (Karlsen, 2011, s. 222). Dette underbygger viktigheten av pasientens kjennskap til taushetsplikten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 21). Gjennom aktiv lytting, en åpen og lyttende holdning, og ved å stille klargjørende spørsmål kan sykepleieren bidra til at pasienten føler seg sett, hørt og tatt på alvor, og slik tilrettelegge for at kommunikasjonen ved de individuelle helsesamtalene er mest mulig målrettet (Karlsen, 2011,

s. 222). Ved å bruke teknikker fra motiverende intervju kan sykepleieren undersøke pasientens motivasjon for å gjøre livsstilsendringer, og tilrettelegge for at pasienten kan ta egne, selvstendige beslutninger, og således ivareta pasientens autonomi (Bagøien & Prescott, 2013, s. 23).

For at sykepleieren skal kunne bidra til livsstilsendringer hos type 2-diabetespasienten må sykepleieren forstå pasientens syn på egen livsstil og mulighet for endring, og kunne identifisere endringssnakk og ambivalens. For å utforske dette kan sykepleieren bruke åpne spørsmål, nøyaktig lytting, refleksjoner og sammenfatninger av det pasienten sier. Pasientene har hatt sine faste rutiner og livsstil i mange år, og mange kan i den forbindelse føle på ambivalens til å gjøre endringer. For å hjelpe pasienten med å ta beslutninger kan sykepleieren undersøke hva pasienten synes er bra og hva som er mindre bra med nåværende livsstil, og fordeler og ulemper ved endringene. Ved antydning til motstand er det viktig at sykepleieren viser forståelse og understreker pasientens selvbestemmelsesrett, og bruker refleksjon og sammenfatninger til å redusere pasientens motstandsytringer (Bagøien & Prescott, 2013, s. 29-33). Karlsen hevder at pasientens selvbestemmelse er avgjørende for motivasjonen (2011, s. 221). Det er derfor viktig at sykepleieren respekterer pasientens autonomi og rett til å ta egne selvstendige valg i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dellasega, Añel-Tiangco og Gabby underbygger i sin kvalitative studie viktigheten av at sykepleieren har en ikke-dømmende tilnærming og respekterer pasientens selvbestemmelse, ved å tilrettelegge for at pasienten tar ansvar for egen helse. Type 2-diabetespasientene i studien opplevde at sykepleierne, ved bruk av motiverende intervju, ikke fortalte dem hva de skulle gjøre, eller hadde en nedlatende holdning eller påførte pasienten skyld og skam for sin livsstil, slik mange hadde opplevd ved tradisjonell diabetesbehandling. Tvert imot opplevde pasientene at sykepleierne møtte dem på en åpen og imøtekommende måte, lyttet, viste forståelse og responderte på det som ble sagt, samt så pasienten for den personen han var. Således følte pasientene at de kunne snakke mer åpent om livsstilen sin, og i større grad ta ansvar for sin egen helse og eierskap over livsstilsendringene (2012, s. 39). Ved at sykepleieren bekrefter og gir positiv respons på pasienten som person, kan sykepleieren også bidra til å skape og opprettholde en god samarbeidsrelasjon (Karlsen, 2011, s. 222). I tillegg kan en empatisk væremåte fra sykepleierens side bidra til at type 2-diabetespasienten er mer mottakelig for kommentarer og livsstilsråd fra sykepleieren (Dellasega et al., 2012, s. 39).

En viktig del av motiverende intervju i de individuelle helsesamtalene, for å bidra til livsstilsendringer, er informasjonsutveksling (Bagøien & Prescott, 2013, s. 33). Dellasega et al. viste i sin studie at ved å tilrettelegge for informasjonsutveksling ved bruk av motiverende intervju, kan sykepleieren bidra til myndiggjøring av type 2-diabetespasienten. Pasientene i studien opplevde at de slik fikk en mer aktiv pasientrolle og var i et samarbeid med sykepleieren, og at de sammen med sykepleieren kunne planlegge, sette mål og ta avgjørelser i forbindelse med livsstilsendringene (2012, s. 40). Dette er i tråd med praksisen ved frisklivssentralen der sykepleieren og pasienten i samarbeid lager mål og plan for livsstilsendringene ved de individuelle helsesamtalene (Helsedirektoratet, 2018), samt pasientens rett til å medvirke (Pasient- og brukerettighetsloven, 1999, § 3-1). En forutsetning for at informasjonsutvekslingen skal motivere pasienten til å gjøre livsstilsendringer, er at pasienten er åpen for å motta og dele informasjon (Bagøien & Prescott, 2013, s. 34). Karlsen viser til viktigheten av at sykepleieren anerkjenner at pasienten i seg selv er en erfarings- og kunnskapsressurs, og har en hverdagskompetanse på seg selv som sykepleieren ikke har. Karlsen hevder at det er av betydning for pasientens endringsmotivasjon at sykepleieren anerkjenner pasientens kompetanse, og således tilrettelegger for informasjonsutveksling, forhandler om mål og utforsker framgangsmåter sammen med pasienten. Slik kan sykepleieren bidra til pasientsentrert kommunikasjon og et godt samarbeid om pasientens livsstilsendringer (2011, s. 223).

Ved å bidra til pasientmyndiggjøring kan sykepleieren fremme motivasjon og styrke pasientens tro på egne evner til å gjøre livsstilsendringer (Nutbeam, 2000, s. 265). Wangberg et al. hevder at tilstrekkelig motivasjon og mestringstro er avgjørende for at pasienten skal gjennomføre livsstilsendringene (2016, s. 39). Dette samsvarer med det Karlsen skriver, for at type 2-diabetespasienten skal gjøre livsstilsendringer er det nødvendig at vedkommende er motivert og har tillit til egne evner (2011, s. 223). Pasientens mestringstro er av betydning for motivasjonen, og vil være avgjørende for endringsforsøk og utholdenhet i møte med utfordringer og fristelser. I tillegg til myndiggjøring kan trygghet i sykepleier-pasientrelasjonen fremme motivasjon og mestringstro hos pasienten. Ved at sykepleieren klarer å fange opp pasientens følelsesuttrykk og kommuniserer at disse aksepteres ved de individuelle helsesamtalene, samt viser tiltro til pasientens evner, kan sykepleieren bidra til trygghet, motivasjon og styrke pasientens mestringstro til å gjøre livsstilsendringene (Bagøien & Prescott, 2013, s. 32; Karlsen, 2011, s. 221-223).

Fravær av myndiggjøring kan medføre at pasienten opplever maktesløshet, hjelpeløshet og å ikke ha kontroll over livsstilsendringene. Dette er ofte konsekvensene dersom fagpersonen i relasjonen har en paternalistisk væremåte, og tar seg frihet til å definere pasientens behov kun basert på sin egen kunnskap (Tveiten, 2016, s. 30, 35). Dette kan eksempelvis være å gi pasienten en kostplan langt unna det pasienten vanligvis spiser, og forvente at en person som for det meste har en inaktiv hverdag, skal begynne med fysisk aktivitet flere timer hver dag. Dette kan tvert imot virke mot sin hensikt, og medføre at type 2-diabetespasientene mister motivasjon og går tilbake til sine gamle vaner (Aas, 2011, s. 140; Karlsen, 2011, s. 223). Forskning viser at type 2-diabetespasienter opplever paternalistisk væremåte som en begrensning ved tradisjonell diabetesbehandling i forbindelse med å gjøre livsstilsendringer. Derimot foretrekker pasientene at sykepleieren bruker prinsipper fra motiverende intervju, med en støttende og veiledende tilnærming (Dellasega et al., 2012, s. 40).

På den andre siden viser den randomiserte kontrollerte studien til Jansink, Braspenning, Keizer, Van der Weijden, Elwyn og Grol at livsstilsveiledning basert på prinsipper fra motiverende intervju ikke hadde statistisk signifikant bedre effekt på regulering av langtidsblodsukker eller livsstilsendring hos type 2-diabetespasienter, sammenlignet med vanlig diabetesoppfølging. Begge gruppene hadde forbedringspotensiale. Forfatterne viser til at en mulig årsak til dette var at livsstilsintervensjonene ikke var tilstrekkelig tilpasset den enkeltes hverdag og sosiale liv (2013, s. 123, 126). Dette samsvarer med det Sagen skriver, at sykepleieren må kartlegge diabetespasientens nåværende livsstil, slik at veiledningen og livsstilsrådene best mulig kan individualiseres og tilpasses den enkelte (2011a, s. 39-40). Funnene i den kvalitative studien til Hansen, Landstad, Hellzén og Svebak underbygger viktigheten av at livsstilsendringene tilpasses pasientens sosiale nettverk, utdanning og økonomiske forutsetninger. For at personene i studien skulle være motivert for å gjennomføre livsstilsendringer var det avgjørende at disse var tilpasset personens struktur og rutiner i hverdagen, daglige aktivitetsnivå og aktivitet som den enkelte trivdes med, samt sosiale relasjoner, spesielt familie og venner. I tillegg var sykdomsbekymring og risiko for diabetiske senkomplikasjoner av betydning for motivasjonen (2011, s. 486-487, 489). Dette samsvarer med det Karlsen skriver, at bevissthet og kunnskap om at den nåværende livsstilen kan medføre diabetiske senkomplikasjoner kan vekke negative følelser som bekymring og skyldfølelse hos pasienten, og således bidra til å forsterke endringsmotivasjonen (2011, s. 222). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren ved de individuelle helsesamtalene gir pasienten tilpasset informasjon om sykdommen og livsstil i tråd med sykepleierens

undervisende og veiledende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22), og ivaretar pasientens lovfestede rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Dalland skriver at noen pasienter kan gjentatte ganger forsøke å endre livsstil uten å lykkes. Sykepleierens rolle i motiveringsarbeidet er derfor viktig. Det kan ta lang tid før resultatene viser seg, og sykepleierens evne til å framheve sekundærgevinster ved livsstilsendringene, eksempelvis bedre kondisjon og energi i hverdagen, kan være avgjørende for utholdenhet i endringsforsøket (2010, s. 90-91). I tillegg kan fokus på det personen allerede gjør bra virke oppmuntrende (Aas, 2011, s. 139). Dalland hevder at for at livsstilsendringene skal være vedvarende er pasientens indre motivasjon avgjørende (2010, s. 92). Dette samsvarer med studien til Hansen et al., hvorpå forfatterne viser til at pasientenes indre motivasjon er av betydning for å oppnå vedvarende livsstilsendringer. For å fremme indre motivasjon hos pasienten viser Hansen et al. til viktigheten av at sykepleieren framhever pasientens kompetanse, autonomi og egne avgjørelser i forbindelse med livsstilsendringene. I tillegg understreker Hansen et al. betydningen av de sosiale relasjonene, og at sykepleieren har en empatisk væremåte, for pasientens indre motivasjon (2011, s. 488).

5.4 Livsstilsendringer til å leve lenge og godt med

Manglende etterlevelse av livsstilsintervensjon skyldes ofte at livsstilen påvirkes av komplekse, sosiale forhold, utenfor sykepleierens rammefaktorer (Hansen et al., 2011, s. 488). Aas hevder at livsstilsendringer er krevende fordi det er mange hensyn å ta. Oppvekst, vaner, tradisjoner, tilgjengelighet, tid, økonomi, verdier, familie og sosialt nettverk er noen faktorer som påvirker pasientens livsstilsvalg (2011, s. 123, 139). Dette samsvarer med det Nutbeam skriver, at ulike faktorer i miljøet, som økonomiske og sosiale forhold, påvirker i hvilken grad den enkelte er i stand til å gjøre helsefremmende livsstilsvalg. Det er altså ikke nok å bare se på den enkeltes personlighetstrekk, men også hvordan miljøfaktorene påvirker type 2-diabetespasientens livsstilsendringer (2000, s. 261). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren ved de individuelle helsesamtalene undersøker den enkeltes bakgrunn, hverdag, og sosiale og økonomiske forhold, og tilpasser livsstilsendringene deretter i samarbeid med pasienten.

Sykepleieren ved frisklivssentralen følger opp type 2-diabetespasientene i 12 uker av gangen, med mulighet for forlengelse (Helsedirektoratet, 2018). Hansen et al. hevder at for at sykepleieren skal kunne bidra til vedvarende livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes er det nødvendig med oppfølging, veiledning og støtte over tid, da endring av etablerte vaner kan være utfordrende og tidkrevende for mange (2011, s. 489). Aas viser til at det kan ta opptil to år å innarbeide nye vaner (2011, s. 142). Spørsmålet er om 12 ukers oppfølging er nok? Jeg vil tro at fordelene med dette kan være at det er lettere for noen å forplikte seg til 12 uker av gangen, og at en avgrenset periode er enklere å forholde seg til, med mulighet til å sette konkrete mål som kan virke motiverende, for så å tilpasse veien videre og muligheten for forlengelse etter den enkeltes behov. På den andre siden kan det medføre at de pasientene som trenger det mest og som er minst motivert, ikke ønsker videre oppfølging etter de 12 ukene. Sykepleierens evne til å se sykdommen fra pasientens perspektiv, og etablere en emosjonell kontakt basert på trygghet og tillit, ved å vise respekt, innlevelse, vennlighet og åpenhet, er derfor viktig (Karlsen, 2011, s. 219, 222-223).

Aas hevder at for at livsstilsendringene skal være langsiktige må det være endringer som personen med type 2-diabetes kan leve lenge og godt med, og jo større livsstilsendringene er, desto vanskeligere vil det være å følge rådene over tid (2011, s. 140-142). Dette samsvarer med det Allgot skriver, at for at type 2-diabetespasienten skal være motivert til å gjennomføre og vedlikeholde livsstilsendringene, er det viktig at disse ikke er for store, men mindre endringer med utgangspunkt i pasientens nåværende livsstil, som samlet gir stor helsegevinst på sikt (2011, s. 206). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren og pasienten i samarbeid, ved de individuelle helsesamtalene, kommer fram til hvilke livsstilsendringer det er realistisk at pasienten vil gjennomføre og ikke minst vedlikeholde, basert på den enkeltes bakgrunn, hverdag, og sosiale og økonomiske forhold.

6. Avslutning

Jeg ønsket med denne litteraturstudien å finne ut hvordan sykepleiere ved kommunale frisklivssentraler kan bidra til helsefremmende og forebyggende livsstilsendringer hos pasienter med type 2-diabetes.

På bakgrunn av at forekomsten av type 2-diabetes er høyere i lave sosioøkonomiske grupper, og at type 2-diabetespasienter har varierende grad av helseinformasjonsforståelse (Finbråten & Pettersen, 2012, s. 48-50), er det tilsynelatende behov for at sykepleierne ved frisklivssentralene kartlegger pasientenes helseinformasjonsforståelse ved de individuelle helsesamtalene, for så å gi individuelt tilpasset informasjon. Ved å styrke pasientens helseinformasjonsforståelse kan sykepleieren bidra til pasientmyndiggjøring, og således tilrettelegge for brukermedvirkning og en aktiv pasientrolle. For å oppnå dette er det essensielt at sykepleieren ikke bare gir informasjon, men også lar pasienten fortelle om sin hverdag og hvordan det er å leve med type 2-diabetes, og anerkjenner pasienten som ekspert på seg selv. Slik kan sykepleieren bedre forstå sykdommen i pasientens perspektiv og tilrettelegge for et samarbeid basert på en mest mulig likeverdig relasjon. Ved å bidra til pasientmyndiggjøring kan sykepleieren også fremme motivasjon og styrke pasientens tro på egne evner til å gjøre livsstilsendringer, som kan være avgjørende for endringsforsøk og vedlikehold av livsstilsendringene.

Ved å styrke pasientens helseinformasjonsforståelse og tilrettelegge for informasjonsutveksling, kan sykepleieren også bidra til at pasienten i større grad kan ta selvstendige, velbegrunnede og gjennomtenkte livsstilsvalg, og således ivareta pasientens selvbestemmelse. Sykepleierne ved frisklivssentralene bruker prinsipper fra motiverende intervju ved de individuelle helsesamtalene for å tilrettelegge for pasientsentrert kommunikasjon, og således ivareta pasientautonomien. Dette kan være avgjørende for pasientens motivasjon for å gjøre livsstilsendringer. På den andre siden er hindringer for at pasienten skal ta selvstendige, reflekterte livsstilsvalg lav helseinformasjonsforståelse hos pasienten, og manglende kommunikasjonsferdigheter og en paternalistisk væremåte fra sykepleierens side.

Det jeg har kommet fram til i denne litteraturstudien er at det er behov for at sykepleierne begynner å etterspørre bruk av screeningverktøy for å kartlegge type 2-diabetespasientenes

helseinformasjonsforståelse som rutine ved frisklivssentralene, for å kunne gi individuelt tilpasset informasjon. Bruk av prinsipper fra motiverende intervju i de individuelle helsesamtalene kan bidra til å motivere enkelte pasienter til å gjøre livsstilsendringer. For at livsstilsendringene skal være av vedvarende karakter er det nødvendig at disse tar utgangspunkt i pasientens bakgrunn, nåværende livsstil, og sosiale og økonomiske forhold, og er endringer som pasienten kan leve lenge og godt med. Hvor lang tid den enkelte har behov for oppfølging varierer, men livsstilsendringer kan være utfordrende og tidkrevende for mange. Tilbudet ved frisklivssentralene er for 12 uker av gangen. Det er behov for mer forskning, både kvalitativ og kvantitativ, som ser på om varigheten av tilbudet er tilstrekkelig, samt hvordan sykepleierne ved frisklivssentralene kan tilpasse tilbudet og nå ut til de personene med type 2-diabetes som ikke finner dagens tilbud attraktivt.

Referanser

- Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjell & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 123-146). Oslo: Akribe.
- Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T. & Sidorchuk A. (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 804-818. Doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyr029>
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjell & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 205-215). Oslo: Akribe.
- Al Sayah, F., Williams, B., Pederson, J. L., Majumdar, S. R. & Johnson, J. A. (2014). Health Literacy and Nurses' Communication With Type 2 Diabetes Patients in Primary Care Settings. *Nursing Research*, 63(6), 408-417. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000055>
- Bagøien, G. & Prescott, P. (2013). Motiverende intervju (MI) – stil, teknikk og strategier i samtaler om endring. I K. Johnsen & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 23-34). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M. & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95(1), 37-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011>
- Diabetesforbundet. (2017). *Blodsukker*. Hentet fra <https://www.diabetes.no/leksikon/b/blodsukker/>

- Finbråten, H. S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5), 60-63.
Doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0009>
- Finbråten, H. S. & Pettersen, K. S. (2012). Diabetes-sykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». *Vård i Norden*, 32(3), 47-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/010740831203200310>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Diabetes i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge---folkehelse-erappor/?term=folkehelse-erapporten%202016&h=1>
- Hansen, E., Landstad, B. J., Hellzén, O. & Svebak, S. (2011). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 484-490 Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x>
- Hanssen, K. F. & Aas, A.-M. (2012). Diabetes Mellitus. I C. A. Drevon & R. Blomhoff (Red.), *Mat og medisin. Lærebok i generell og klinisk ernæring* (6. utg., s. 399-412). Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Helsebiblioteket. (2014). *Diabetes. Hva er det?*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/endokrinologi/diabetes-type-2-hva-er-det>
- Helsedirektoratet. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/400/Kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag-IS-1881.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-8/2012). Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/tariff-lov--og-avtaleverk/helsepersonelloven-med-kommentarer---rundskriv-is-8-2012.pdf>

- Helsedirektoratet. (2016). *Utviklingen i norsk kosthold 2016*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1257/Utviklingen-i-norsk-kosthold-2016-IS-2558.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Diabetes. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Helsedirektoratet. (2018). *Frisklivssentraler*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 02 juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., Van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2013). No identifiable HbA1c or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(2), 119-127. Doi: <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.797178>
- Jenssen, T. (2011). Diabetes Mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 379-392). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjell & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-235). Oslo: Akribe.
- Knutsen, I. R., Bossy, D. & Foss, C. (2017). Passer gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for alle med diabetes 2? *Sykepleien*, 12, 1-12. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/01/er-gruppebaserte-laerings-og-mestringstilbud-attraktivt-alle-med-diabetes-type-2>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 02 Juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polikandrioti, M. & Dokoutsidou, H. (2009). The role of exercise and nutrition in type II diabetes mellitus management. *Health Science Journal*, 3(4), 216-221. Hentet fra <http://www.hsj.gr/medicine/the-role-of-exercise-and-nutrition-in-type-ii-diabetes-mellitus-management.php?aid=3627>

Sagen, J. V. (2011a). Sykdomslære. I A. Skafjell & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 19-73). Oslo: Akribe.

Sagen, J. V. (2011b). Fysisk aktivitet. I A. Skafjell & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 147-157). Oslo: Akribe.

Schwennesen, N., Henriksen, J. E. & Willaing, I. (2016). Patients explanation for non-attendance at type 2 diabetes self-management education: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 187-192. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12245>

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wangberg, S. C., Svelstad Evju, A. & Lahm Høgbakk, M. (2016). Helsefremmende allmenndannelse («health literacy») – en viktig ressurs. I B. L. Lind Kassah, W.-A. Tingvoll & H. Nordahl-Pedersen (Red.), *Forebyggende helsearbeid – sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (1.utg., s. 33-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/1/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

Östenson, C.-G., Birkeland, K. & Henriksson, J. (2008). Diabetes Mellitus – type 2. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 294-304). Oslo: Helsedirektoratet.