



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for helse og idrett  
**4BACH**

Kjersti Grimen og Ida Emilie Karlsen  
Veileder: Kari Kvigne

## Diabetes type 2–Sykepleierens veiledende rolle

## Diabetes type 2-The nurses guiding role

Antall ord: 13 748

BASY 2010-2013

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

## **Sammendrag.**

Diabetes er en folkehelsesykdom, som er i økende vekst både i Norge og i resten av verden (Diabetesforbundet, 2012). Problemstillingen vår er hvordan vi som sykepleiere kan veilede pasienter med nyoppdaget diabetes type 2, for at pasienten skal mestre livsstilsendringer i hverdagen og leve godt på tross av sin diabetes? Vi har utført et litteraturstudie for å belyse og svare på vår problemstilling. Mennesker som blir diagnostisert med diabetes type 2 kan oppleve dette som en krise, en trussel i henhold til tidligere livsførsel. I forhold til sykdommen diabetes står begrepet brukermedvirkning sentralt, da det er helt nødvendig at pasienten selv tar grep om sin egen sykdom, og bidrar aktivt ved å ta sine egne beslutninger rundt egen helse og derved oppnå kontroll, som igjen vil gi større helsegevinst. Som sykepleiere er det vår jobb å gi veiledning, informasjon og undervisning alt etter hvor mottagelig pasienten er på det stadiet vi treffer ham. Vi skal inneha ferdigheter i kommunikasjon som gjør oss best mulig rustet til å møte pasienten, og som skal være med på å bidra til motivasjon til endring. Konklusjonen er at metoden motiverende intervju er et godt hjelpemiddel for oss sykepleiere i dialog med pasienten, det er også viktig at veiledningen blir individualisert og skreddersydd den enkelte, hans ressurser og personlige ståsted for å kunne oppnå mestring.

***«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert»***

*(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011, s.7)*

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>s.6</b>
<b>1.1 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>s.6</b>
<b>1.2 Avgrensing og disposisjon</b> .....	<b>s.7</b>
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>s.8</b>
<b>2.1 Litteratursøk</b> .....	<b>s.8</b>
<b>2.2 Valg av litteratur</b> .....	<b>s.9-11</b>
<b>2.3 Kildekritikk</b> .....	<b>s.11-12</b>
<b>3.0 Diabetes, egenomsorg og sykepleie</b> .....	<b>s.13</b>
<b>3.1 Diabetes mellitus</b> .....	<b>s.13</b>
<b>3.1.1 Diabetes mellitus type 2</b> .....	<b>s.13-14</b>
<b>3.2 Å rammes av en kronisk sykdom</b> .....	<b>s.15-16</b>
<b>3.3 Orem`s egenomsorgsteori</b> .....	<b>s.16-20</b>
<b>3.4 Sykepleierens støttende, veiledende og undervisende funksjon</b> .....	<b>s.20-22</b>
<b>3.5 Motivasjon og faser i endring</b> .....	<b>s.22-24</b>
<b>3.6 Brukermedvirkning og empowrment</b> .....	<b>s.24-25</b>
<b>3.7 Motiverende intervju</b> .....	<b>s.25-26</b>
<b>3.8 Salutogenese</b> .....	<b>s.26-27</b>
<b>3.9 Livstilsendring</b> .....	<b>s.27</b>
<b>3.9.1 kosthold</b> .....	<b>s.27-28</b>
<b>3.9.2 Fysisk aktivitet</b> .....	<b>s.29</b>
<b>4.0 Helsefremmende veiledning for pasienter med diabetes type 2</b> .....	<b>s.30</b>
<b>4.1 Motivasjon til egeninnsats</b> .....	<b>s.30-33</b>

<b>4.2 På veien mot livsstilsendringer.....</b>	<b>s.33-37</b>
<b>4.3 Brukermedvirkningens betydning.....</b>	<b>s.37-38</b>
<b>5.0 Konklusjon.....</b>	<b>s.39-40</b>

## 1.0 Innledning

Tema for oppgaven er diabetes type 2, veiledning, motivasjon og livsstilsendringer. Antall personer med diabetes type 2 i Norge er i tydelig vekst, og har blitt firedoblet i løpet av de siste 50 årene, i dag har omlag 350 000 personer diabetes type 2 her i landet. (Diabetes forbundet, 2012). Diabetes er en kronisk sykdom som hevdes å bli et økende folkehelseproblem i fremtiden, dette grunnet en stadig vektøkning hos befolkningen. Disse pasientene er i alle aldersgrupper og vi som sykepleiere vil møte diabetespasientene uansett hvor vi velger å arbeide som ferdig utdannet (Ribu, 2010). Forskning viser at sykepleiere synes kommunikasjon og veiledning kan være en utfordring i møte med disse pasientene. De opplever at de har manglende kompetanse i forhold til å motivere pasienten, til å gjøre de endringene i livsstilen som anses som nødvendig (Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol, 2010). Helsepersonell i Finland beskriver våre viktigste arbeidsoppgaver i møte med pasienter som står foran en livsstilsendring, som å styrke pasienten med kunnskaper og motivasjon (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007). På grunnlag av dette, ønsker vi å ha fokus på hvilke kunnskaper som er nødvendig for sykepleieren i møte med disse pasientene, og vi ønsker å belyse viktigheten av tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi pasienten et så godt utgangspunkt som mulig for mestring av en kronisk sykdom og de endringene den måtte kreve.

### 1.1 Presentasjon av problemstilling

Vi fokuserer på møte med pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 ved medisinsk avdeling på sykehus. Vi vil se nærmere på sykepleierens rolle i møte med pasienten, hva er viktig å legge vekt på for at pasienten skal være best mulig forberedt før hjemreise og hvordan livsstilsendringer som anbefales. Problemstillingen vår ble derfor:

***Hvordan kan vi som sykepleiere veilede pasienter med nyoppdaget diabetes type 2, på en sann måte at pasientens motivasjon for endring øker og forholdene ligger til rette slik at hverdagen kan mestres?***

## 1.2 Avgrensning og disposisjon

Pasientgruppen vi har fokus på i vår oppgave er menn og kvinner som får diabetes type 2 i voksen alder, som bor hjemme og ikke har store pleiebehov i utgangspunktet. Tidsrommet vi omtaler er den tiden vi møter pasienten på sykehuset ved en eventuell innleggelse. Vi har valgt dette tidsrommet fordi det er her vi selv har møtt pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. Vi synes også det er en spennende utfordring og hjelpe disse pasientene på en slik måte at de blir motivert til å gjøre de endringer som måtte være nødvendig, og hjelpe de slik at forutsetningene er til stede for at denne endringsprosessen skal fortsette også etter hjemreise. Liggetiden på sykehuset er så kort som mulig, og tiden man har til rådighet for å kunne oppnå dette er derfor svært begrenset. Tyngden i oppgaven ligger på dette, og hva pasienten selv kan bidra med i behandlingen av sin kroniske sykdom. Vi har derfor på grunn av oppgavens begrensninger i antall ord, valgt å si minimalt om områder som i utgangspunktet er veldig viktig. Disse områdene er senkomplikasjoner, medikamentell behandling og pårørende.

Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt og oppgaven er bygget opp med en innledning, presentasjon av problemstilling og avgrensning. Deretter kommer et kapittel som beskriver metoden, og gir et grundig innsyn i søkeprosessen, samt kritisk vurdering og valg av litteratur. I teorikapittelet presenterer vi en teoretisk referanseramme av relevant litteratur, som etterfølges av en drøfting av våre funn. Drøftingen har vi valgt å dele i tre, for å gjøre denne mer oversiktlig. Helt til slutt kommer en konklusjon som oppsummerer våre funn og vårt svar på den valgte problemstillingen.

## 2.0 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Vilhelm Aubert, referert i Dalland, 2012, s 111).

Metoden vi har valgt å bruke i oppgaven vår er en litteraturstudie, det vil si at vi har søkt etter relevant litteratur, som vi deretter har vurdert kritisk. Det har resultert i et bredt spekter av ulike kilder som danner grunnlaget for oppgaven, og drøftingen av vår problemstilling (Dalland, 2012).

## 2.1 Litteratursøk

For å finne forskning, har vi brukt helsebibliotekets databaser, vi har blant annet søkt i MEDLINE, SveMed+, og CINAHL, for å prøve å finne gode Norske artikler har vi brukt Idunn og Norart. Vi har også brukt Sykepleien og Tidsskrift for den Norske legeforening, og Google scholar for å innhente data. Vi har brukt søkeordene: Diabetes mellitus, type 2, kosthold, veiledning, livsstilendringer, motivasjon. For å finne engelske søkeord, har vi brukt SveMed+ og deres MESH-termer for å finne de som kunne gi oss best resultat i forhold til emnet vårt, vi endte opp med Diabetes mellitus, type 2, motivation, lifestyle changes, diet, counseling, nurse-patient relationship og for å snevre inn søket litt la vi til English language og full text i søkehistorien. Vi fikk opp mange artikler vi syntes sto i samsvar for oppgaven vår, og ved og systematisk gå gjennom å lese abstraktet til de artiklene vi hadde valgt ut som de mest relevante, begynte vi å sortere ut å ekskludere de artikler som vi følte ikke var fullt så interessante i forhold til oppgaven. Den forskningen vi tilslutt bestemte oss for å bruke i oppgaven vår fant vi i MEDLINE og SveMed+. De artiklene vi fant i sveMed+ fant vi ved å bruke søkeordet diabetes 2, og krysset av for peer reviewed da fikk vi opp 63 engelske artikler og 69 norske artikler som vi måtte velge blant. I Medline brukte vi søkeordene diabetes 2, lifestyle, diet, counseling, english language og full text. Her endte vi opp med 28 artikler, av de 28 artiklene satt vi igjen med 2.



## 2.2 Valg av litteratur

Vi har i denne oppgaven brukt pensumlitteratur, i tillegg til annen litteratur vi har vurdert som troverdig i forhold til at forfatterne er utdannet og innehar kompetanse innen helse. Vi har brukt skolens bibliotek, og dens søkemotor ”BIBSYS”. Dette er litteratur anbefalt fra skolen, det syntes vi er betryggende og anser dette som kvalitetssikret. Vi har i den grad det har vært mulig anvendt primærkilder, der forfatteren selv har skrevet og bearbeidet stoffet, men i visse tilfeller har vi sett oss nødt til å bruke sekundærkilder, da de opprinnelige kildene ikke har vært tilgjengelig. Det som kan være problemet med sekundærlitteratur er at forfatterens opprinnelige arbeid igjen er blitt tolket av andre, og vi kan ut ifra dette føre videre andre forfatteres feiltolkninger (Dalland, 2012). Andre steder vi har funnet relevant litteratur til oppgaven vår er: Nettsiden til Diabetesforbundet, da de også har egen informasjon tilpasset helsepersonell, vi har også valgt å bruke Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes, samt helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Dette er alle kilder som brukes av helsepersonell, og vi betrakter disse som pålitelige.

### Presentasjon av forskningsartikler:

*Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care (Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol, 2010).* Denne studien er utført i Nederland og er gjort for å belyse de ulike barrierene som oppstår rundt pasienter med diabetes, når det er nødvendig å utføre diverse livsstilendringer, sett fra sykepleierens side. For lite kunnskaper rundt sin sykdom er et stort hinder, og feilinformasjon fra andre rundt fysisk aktivitet og kosthold kan i noen tilfeller være ødeleggende, og opplever at pasientene ofte leter etter unnskyldninger for å slippe å gjøre de nødvendige endringer. Pasienten blir også demotivert av at resultatene tar for lang tid, og at de mangler disiplin til å vedlikeholde endringene. Sykepleieren opplever da ofte at de blir frustrerte, mangler motivasjon, ikke når frem og føler seg maktesløse. Vil ikke fremstå som dømmende, og er nølende med å gi råd om de føler forholdet blir satt i fare. Mangel på empati kan oppstå da sykepleier ikke alltid skjønner hvorfor det er så vanskelig å legge om vanene sine. Det var vanskelig å legge opp en strukturert og konkret plan, og vanskelig å vite hvilket stadie pasienten befant seg i endringsprosessen. De har ofte for høye forventninger til pasienten, og presser gjerne for hardt. Det er for lite fokus på

brukermedvirkning, og å involvere pasienten, og sykepleieren er mer opptatt av å gi nøyaktige råd. Det er viktig å motivere pasienten, men mangler kompetanse på dette området. Det er generelt for lite tid, og for uklare roller. Artikkelen konkluderte med at det beste hjelpemiddelet i situasjoner med pasienter med diabetes er å kunne bruke motiverende intervju som et verktøy, for å unngå å komme pasienten i forkjøpet i henhold til egne kunnskaper rundt sykdommen sin.

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

Denne studien var gjort i Finland og ble gjort for å utforske helsearbeiderens syn på både pasientens og den profesjonelles rolle i håndteringen av sykdom relatert til livsstil. Helsepersonellet var enige om at deres viktigste rolle er å gi informasjon, motivere og styrke pasientene i deres jobb mot endring. Brukermedvirkning står i dagens samfunn høyt, og egenomsorg er veldig viktig i behandlingen av kronisk sykdom, de viktigste avgjørelsene rundt sin egen sykdom skal pasienten selv ta, og at det er nødvendig at pasientene aksepterer sitt eget ansvar rundt sykdommen. De understreker viktigheten av pasientens egenaktivitet spesielt i henhold til diabetes type 2, men at pasientens egen uvilje noen ganger kan stå i veien for bedre resultater i behandlingen. Om pasienten ikke ble motivert godt nok, eller var uvillig til å forandre sin adferd, er dette en stor barriere i behandlingen av sykdommen.

*Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters "health literacy (Finbråten, Pettersen, 2012).* For å kunne oppsøke, forstå, sortere og anvende kunnskaper om sin egen helse krever det visse holdninger, ferdigheter og kunnskaper relatert til helsefremming. Dette samles under begrepet helsefremmende allmenndannelse, på engelsk: health literacy, det deles inn i funksjonelle ferdigheter, interaktive ferdigheter og evnen til å kunne vurdere informasjon kritisk. Denne studien er ment for å kartlegge diabetessykepleiere i Norge sine erfaringer om deres pasienters helsefremmende allmenndannelse. Resultatet viser at den helsefremmende allmenndannelsen jevnt over er relativt lav hos diabetespasientene, og de kritiske ferdighetene skiller seg ut som enda lavere. De kritiske ferdighetene er viktig i forhold til all informasjon som er tilgjengelig for disse pasientene når det kommer til for eksempel kosthold og endringer. Videre sies det også at hvis man jobber videre med fokus på pasientenes helsefaglige allmenndannelse og klarer og forbedre den, vil det kunne resultere i at de vil mestre sin sykdom bedre i hverdagen.

*Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes (Bru, Karlsen, Oftedal, 2011).* Hensikten med studien var og utforske hvordan indikatorer av indre motivasjon, som ferdighets forventninger og verdier henger sammen med håndtering av kosthold og trening hos voksne pasienter med diabetes type 2. Diabetes type 2 vil føre til en sammensatt situasjon som krever mye selvdisiplin og kontroll. Kosthold og fysisk aktivitet er en viktig del av denne livslange prosessen. Problemer i forhold til motivasjon sees på som en av hovedårsakene til at gode resultater i mestringen av sykdommen uteblir. Tidligere forskning har vist at de som hovedsakelig motiveres av ytre faktorer har mindre sjanse for klare å holde på en aktiv livsstil og et sunt kosthold. Mens de som har en indre drivkraft lykkes oftere, fordi det er relatert til menneskelige behov eller at det gir en indre tilfredsstillelse, i tillegg til at de har tro på at de har evnene til å klare det. Denne studien kartlegger diabetespasientenes forhold til fysisk aktivitet og kosthold, samt hva de selv mener de er i stand til å kunne oppnå i forhold til dette. Det viser seg at deltagerne er mindre aktiv enn den generelle befolkningen, og tidligere studier har vist at dette kan være på grunnlag av negative tanker i forhold til trening og seg selv. Videre antyder resultatene at man i forhold til kosthold blir mer påvirket av ytre faktorer, enn når det kommer til fysisk aktivitet. Og at man ved å stimulere den indre motivasjonen, i tillegg til bedre og tydeligere informasjon, vil kunne oppnå ønsket resultater i forhold til fysisk aktivitet. Det anbefales at helsepersonell har mer fokus på fysisk aktivitet i veiledninger og at vi er mer tydelig og presis i anbefalinger om fysisk aktivitet, for å unngå individuell tolkning.

### **2.3 Kildekritikk**

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (Dalland, 2012,s 67).

Forskning er delt inn i to hovedformer, det er kvalitativ og kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning, bruker man datasamling, for å innhente relevant informasjon, gjennom observasjon eller intervju. Her er det menneskelige holdninger, erfaringer og opplevelse som står sentralt for analyse. I kvantitative studier handler det mer om statistikk, her skal man samle informasjon i ett definert utvalg, på ett tidspunkt, på en planlagt måte (Nortvedt et al., 2007). Vi har valgt å bruke kvalitative forskningsartikler, da dette gir et bedre svar på det vi søker

etter, og er mer relevant til vår oppgave.

Vi har valgt å bruke forskningsartikler som helst ikke er mer enn fem år gamle og som er utført i Europa, da vi føler at det er nærmere til Norge og mer lik vår kultur. Artikkelen er bygget opp etter IMRAD prinsippet, som betyr at en forskningsartikkel skal bestå av en introduksjon, metode, resultat, og en diskusjon (Nortvedt et al., 2007). Vi så også på relevansen artikkelen hadde i forhold til vår oppgave, og hvem som var forfattere og hvilken bakgrunn og kompetanse forfatterne innehadde i henhold til faglig relevans.

Forskningen henviser til og har brukt hverandre som referanse, noe som gir en indikasjon på at dette er anbefalte forfattere og at studiene bygger på hverandre (Dalland, 2012). Artikkelen våre er også utgitt i diverse vitenskapelige tidsskrifter, som *Scandinavian journal of primary health care*, og vård i Norden blant annet, der dem på forhånd må gå gjennom noe som kalles fagfelleevaluering, som menes at artikkelen blir godkjent og gransket av eksperter på området (Dalland, 2012). Tre av våre artikler er blitt utført blant helsepersonell, og særlig sykepleiere som har jobbet med diabetespasienter over flere år. Vi har lagt vekt på at forskningen er tidsaktuell samt relevant for vår problemstilling, og kan derfor hjelpe til med å belyse og svare på den. Alle forskningsartikkelen vi har valgt å bruke, utenom en er skrevet på engelsk, i bakgrunn av det kan noe av oversettingen blitt feiltolket fra vår side.

### **3.0 Diabetes, egenomsorg og sykepleie**

Vi vil her presentere deler av resultatet fra vårt litteraturstudium. Diabetes type 1 nevnes i korthet, det samme gjelder senkomplikasjoner, dette er helt sentrale faktorer i behandlingen av diabetes og motivasjon for å gjøre endringer. Men vi ønsker i denne oppgaven og ha tyngden på hvilke endringer som skal gjøres hos pasienten, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at denne endringen blir en realitet, derfor blir prioriteringen slik.

#### **3.1 Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus deles inn i to hovedformer, diabetes type 1 og diabetes type 2. Insulin er det sentrale hormonet ved diabetes, det produseres i det endokrine vevet i de langerhanskeøyene i pankreas. Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom som går til angrep på sine egne insulinproduserende celler, den rammer som oftest barn og ungdom, og årsaken er til en viss grad arv. Her er insulinproduksjonen nærmest fraværende, og man er avhengig av insulintilførsel. Diabetes type 2 skyldes ofte insulinresistens, det vil si at insulinets effekt er nedsatt, og dette ofte i varierende grad. Faren for å utvikle diabetes type 2 øker med alderen, også her skyldes sykdommen til en viss grad arv (Jenssen, 2011).

##### **3.1.1 Diabetes mellitus, type 2**

Diabetes type 2 karakteriseres som en kronisk sykdom, og er vår vanligste stoffskiftesykdom. Sykdommen er en kombinasjon av arvelig disposisjon og miljøfaktorer (Diabetesforbundet). Selv om diabetes type 2 er en sykdom som relateres til høy alder, er den ikke lenger helt uvanlig blant yngre mennesker og kan forekomme i alle aldre. Stadig økende overvekt i kombinasjon med nedsatt fysisk aktivitet er en negativ utvikling i dagens samfunn, som begge er med på å øke risikoen for diabetes (Vaaler, 2004). Det er blitt sånn at alt skal være lett og lett tilgjengelig, teknologiske fremskritt har også gjort sitt til å bidra med nedsatt fysisk aktivitet og økt inaktivitet (Borch-Johnsen, 2004). Ifølge helsedirektoratets retningslinjer for diabetes er symptomer som kan oppstå: tørste, hyppig vannlating, vekttap, intim kløe, høyere infeksjonstendens, slapphet, og generell redusert almenntilstand (2009). I tidlig fase er sykdommen symptomfri og det kan gå mange år før blodglukosen er så høy at symptomer fremtrer og sykdommen oppdages (Jenssen, 2011).

Diabetes type 2 karakteriseres ved at blodglukosen stiger, og at insulinfrigjøringen ikke er fullstendig. De to viktigste hormonene i forhold til utvikling av diabetes er insulin og glukagon. Insulin har to effekter, det hjelper til med å senke blodets innhold av glukose ved å øke opptaket til kroppens celler, samtidig som leverens produksjon av glukose blir dempet. Hormonet glukagon, virker forskjellig fra insulin på den måten at det øker leverens produksjon av glukose, på denne måten er glukagon med på å øke blodglukosen, da det ved diabetes type 2 produseres for mye glukagon. Ved diabetes type 2, er det altså en kombinasjon av for liten produksjon av insulin, og for stor produksjon av glukagon som fører til den høye blodglukosen. Har man da kun delvis produksjon av hormonet insulin, vil man etter hvert utvikle kronisk forhøyet blodglukose, dette kalles hyperglykemi. Da kroppen ikke lenger klarer å gjøre opp for insulinresistensen, fortsetter blodglukosen å stige, og man utvikler også en lipidprofil hvor man utvikler høye nivåer av triglyserider, samt man får lave nivåer med det ”gode” kolesterolet HDL. Dette kalles ”det metabolske syndromet” og ledsages som oftest av høyt blodtrykk og overvekt. (Jenssen, 2011). Det metabolske syndromet, er en befatning der risikofaktorer for diabetes samt hjertesykdommer dominerer, noen stiller spørsmål ved om dette kun er en ansamling av faktorer som utgjør risiko for hjertesykdom og diabetes, eller om det er en tilstand (Sagen, 2011). Økt bukomfang og abdominal fedme, ses ofte i assosiasjon ved økt metabolsk risiko i henhold til overvekt (Ribu, 2008). For å kunne klare å oppnå god metabolsk kontroll, er det viktig å endre livsstilen sin i forhold til kosthold og fysisk aktivitet (Sagen, 2011).

Hovedfokuset med behandlingen og eventuelle endringer i livsstil, er forhindring av senkomplikasjoner som følge av dårlig regulert blodglukose (Ribu, 2008). Hos halvparten av alle som får diabetes type 2 har det allerede oppstått en senkomplikasjon. Senkomplikasjoner deles inn i to hovedgrupper:

- **Mikrovaskulære komplikasjoner**, skyldes forandringer i små arterier og kapillærer, ofte på grunn av høy blodglukose. Gir utslag i nyrer (nefropati), øyne (retinopati) og perifere nerver (nevropati). (Sagen, 2011).

- **Makrovaskulære komplikasjoner**, skyldes forandringer i de store arterier og på grunn av lipider vil det dannes plakk og det kan dermed føre til iskemisk hjerte- eller hjerne sykdom, som blant annet angina pectoris, hjerteinfarkt, tia eller hjerneslag. En vanlig komplikasjon er også nedsatt sirkulasjon i føttene, som kan føre til alvorlige fotsår. (sagen, 2011).

## 3.2 Å rammes av en kronisk sykdom

Kriser er hendelser alle mennesker vil møte på i livet, som krever en endring av levesett. Det er hendelser som oppleves overveldende og er for store til å mestre på egenhånd. En krise vil ha stor innvirkning på livet ditt, og det er ikke lenger mulig å fortsette å leve livet slik en før gjorde. De sentrale grunnordene i arbeidet med mennesker som har opplevd og skal forsøke å takle en krise er trygghet, samhørighet, omsorg og mestring (Hummelvoll, 2012).

”Mestring innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette kan bety og forsøke å få kontroll på følelsene, få en bedre forståelse av situasjonen eller rett og slett få et praktisk grep om det som kan gjøres for at sykdommen skal bli minst mulig belastende” (Eide & Eide, 2007, s. 172). Det er ikke lett å definere hva som er god mestring, mennesker reagerer individuelt i traumer og utfordrende situasjoner, hva som er best for hver enkelt pasient er vanskelig å vite. Hvilke handlinger som er best for den enkelte pasient påvirkes av hvilke ressurser og forutsetninger pasienten selv innehar, selve hendelsen og omstendighetene rundt denne (Eide & Eide, 2007).

Det krever ressurser å ivareta våre grunnleggende behov. Kriser vil påvirke oss på en slik måte at man kan føle at man ikke klarer å ivareta disse behovene og man føler at man ikke strekker til, er i stand til å løse og mestre konflikter man møter på, bevare god relasjoner til andre og føle mening med livet. Konsekvensene av å ikke kunne ivareta sine egne grunnleggende behov vil være belastende å bære på, og kan gi reaksjoner i form av spenning og angst (Hummelvoll, 2012).

### **Krisefasene:**

**Sjokkfasen:** Denne fasen karakteriseres ved at man ikke helt klarer å være i stand til å ta over seg omfanget av situasjonen, kontakten med sine egne følelser og vurderingsevnen er redusert. Man bagatelliserer sine symptomer, og prøver å få mest mulig avstand til situasjonen man befinner seg i. Det kan være vanskelig å se på et menneske at det er i sjokk. Man kan i denne fasen virke mindre tilstede på det følelsesmessige planet, og kan oppleves som uvirkelig og fjernt. (Eide & Eide, 2007). Opplevelsen av tid kan endres og man kan oppleve fysiske utslag som følge av stress (Hummelvoll, 2012).

**Reaksjonsfasen:** I denne fasen begynner inntrykkene og opplevelsen å synke inn. Følelser og tanker rundt hendelsen kommer uten forvarsel og kontroll, dette kan være overveldende og utfordrende å håndtere. Bekymringer for fremtiden, døden, familien og sykdommen er vanlige

reaksjoner når krisen har oppstått som følge av sykdom. Ved en kronisk sykdom kan det som man før tok som en selvfølge bli truet, og man får en følelse av ubalanse og mangel på kontroll (Eide & Eide, 2007). Bearbeidingen av det som har hendt starter så smått (Hummelvoll, 2012).

**Bearbeidingsfasen:** Her begynner pasienten å godta situasjonen han befinner seg i, følelsene er ikke lenger så dominerende (Hummelvoll, 2012). Opplevelsen av hva som har skjedd skal bearbeides, også det vonde, og man skal lære seg å fungere i en ny hverdag. Her går vi gjennom en prosess som fokuserer på å senke forsvarsmekanismene og forsone seg med seg selv og situasjonen (Eide & Eide, 2007).

**Nyorienteringsfasen:** Krisen blitt bearbeidet i den grad det lar seg gjøre, og nå tiden inne for å fokusere fremover og leve videre. Viljen og evnen er faktorer som spiller en viktig rolle i hvordan livet utspiller seg videre. I denne fasen vil man kunne oppleve ny glede ved iboende interesser, og oppdage nye aktiviteter og relasjoner som vil være med på å kunne gi et nytt perspektiv på livet (Eide & Eide, 2007 & Hummelvoll, 2012).

Å få diabetes type 2 vil oppleves som en krise, da dette er en kronisk sykdom som vedkommende må leve med resten av livet, og som gjør at pasienten blir nødt til å gjøre endringer i livsstilen (Ribu, 2008). Denne typen krise kalles en traumatisk krise, som er en uventet påkjenning som ikke er normalt i et vanlig forløp av livet, som kommer ifølge av blant annet sykdom. Mennesker som befinner seg i en krisesituasjon, har behov for god kommunikasjon, hvor det er mulighet for å dele følelser og tanker en måtte ha rundt sykdommen sin med andre (Eide & Eide, 2007).

### 3.3 Orem's egenomsorgs teori

Dorothea Orem sin teori om sykepleie er svært anerkjent og har stor innflytelse i mange land. Teorien bygger på krav og kapasitet til egenomsorg. Det kan være ulike årsaker til at kapasiteten for å utøve egenomsorg reduseres, og sykepleierens rolle er å fylle opp der det svikter slik at vekten vil være i balanse. Det er flere metoder for å hjelpe pasienten, støtten kan være fysisk, men like viktig er den psykiske støtten, veiledningen og undervisningen (Kristoffersen, 2005 & Cavanagh, 2010).



**Teori om egenomsorg:** Egenomsorg beskrives som bevist aktivitet som personer selv tar initiativ til og som er rettet mot konkrete mål (Kristofferen, 2005). Handlingene, som tar vare på alle livsnødvendige funksjoner i kroppen og som gjør at vi har det godt, betegnes som egenomsorg. Målet er å fremme normal funksjon, velvære, utvikling og sunnhet (Cavanagh, 2010). Denne atferden beskriver hun som en atferd alle mennesker kan, som er lært og tilpasset miljøet og kulturen man er vokst opp i (Kristoffersen, 2005). Egenomsorgen skal flyte gjennom hverdagen, og man må være i stand til å ta gjennomtenkte avgjørelser som er til det beste for egen helse og velvære (Cavanagh, 2010). For å kunne utføre egenomsorg må man tenke gjennom behovene man har, slik at man kan utføre de handlingene som er nødvendig for å nå målene. Egenomsorgsprosessen deles inn i to faser der den første fasen er den mentale aktiviteten som foregår når man identifiserer behovene og planlegger en bestemt handling, og den andre fasen er de handlingene som målrettet utføres (Kristoffersen, 2005).

**Egenomsorgsbehov** er det man jobber mot for å opprettholde eller gjenvinne helse, velvære, normal funksjon og utvikling. Handlingene som utføres for å tilfredsstille behovene betegnes som terapeutiske egenomsorgskrav. Behovene deler Orem inn i tre grupper.

De *universelle* egenomsorgsbehovene er de helt grunnleggende behov som er nødvendig for å bevare livsprosessene og funksjonene i kroppen og mentalt. Hun beskriver 8 behov, som deles inn i 6 grupper. Inntak av mat, vann og luft går under samme område. I tillegg er det ivaretagelse av eliminasjonsprosesser, opprettholde en god balanse mellom aktivitet og hvile, og mellom det å være sosial og selvstendig. Man må være oppmerksom og forebygge farer som truer og normalitet må fremmes. Omgivelsene rundt oss, hvor vi er i utviklingen, kjønn og alder vil påvirke behovene til hver enkelt, og det krever kunnskaper og ferdigheter for å kunne ta stilling til behovene (Kristoffersen, 2005).

De *utviklingsrelaterte* egenomsorgsbehov er de spesielle behov som følger med utviklingen vi går igjennom fra vi unngår til vi forlater denne verden. Forholdene må ligge til rette for utviklingen og hensyn må tas i forhold til hvor i syklusen du er og hvilke behov du har, eksempelvis vil alder, kriser og svangerskap være ting som kan påvirke her. Målene man jobber mot er å oppnå et høyere nivå av funksjonene våre, og fremme utvikling og liv. Der situasjoner allerede har oppstått må man forebygge negative konsekvenser og motvirke skadelig utvikling (Kristoffersen, 2005).

De *helsesvikrelaterte* egenomsorgsbehovene er de behovene man opplever hvis man får en helse relatert svikt, det kan være funksjonstap eller begrensninger, sykdom, skade eller

personer som er under behandling eller diagnostisering. Dette vil kunne føre til at man må venne seg til en helt ny situasjon i hverdagen, noen blir avhengig av hjelp fra andre. Mange vil også oppleve at de må forholde seg til en rekke spørsmål fra omgivelsene om sin helsetilstand (Kristoffersen, 2005). Behovene deles også her inn i seks grupper. Man har behov for å kunne oppsøke relevant hjelp i helsetjenesten, være oppmerksom på konsekvenser av sykdommen, gjennomføre den anbefalte behandlingen, i tillegg til å lære seg og leve med konsekvensene av det som har oppstått, og effekten av behandlingen slik at man fremdeles har som mål å fremme utviklingen hos seg selv (Cavanagh, 2010).

**Egenomsorgskapasiteten** er kapasiteten personen selv har til å tilfredsstille kravene som er relevante for å nå målene, dette innebærer å identifisere kravene, ta avgjørelser og utføre handlinger. Kapasiteten påvirkes av flere faktorer, deriblant livsstil, miljø, genetiske forhold, ressurser, kultur, utviklingstrinn, erfaringer og sosial tilhørighet. Denne kapasiteten beskriver Orem som en sammensatt evne som gjennom sosialiseringprosessen utvikler seg gradvis, og som stabiliserer seg i voksen alder (Kristoffersen, 2005).

**Egenomsorgssvikt** kan oppstå av mange ulike årsaker. Det er utfordringer mennesker møter på i livet, som gjør at det stilles ekstra krav til evnene til å opprettholde god egenomsorg. Dette kan være for eksempel kronisk eller akutt sykdom, traumer, kriser eller annet som gjør det nødvendig å utøve ekstra egenomsorg eller søke hjelp fra andre. Det er ulikt hvordan svikten påvirker mennesket, ut ifra hvilket utgangspunkt som ligger til grunn. Alle individer er ulike og egenomsorgskapasiteten varierer. Kapasiteten kan være begrenset på ulike områder, men målet vil alltid være å finne ballanse mellom kravene og kapasiteten. Orem illustrerer med en vektskål, der egenomsorgskravene er på den ene sia og egenomsorgskapasiteten er på den andre. Behovet for sykepleie oppstår når en pasient har misforhold mellom krav og kapasitet, det må være krav tilstede, som pasienten ikke selv klarer å mestre og som krever ekstra kompetanse. Det er personavhengig hvor disse grensene går (Cavanagh, 2010). Orem deler egenomsorgssviktene i tre grupper, Mangel på forståelse og kunnskap, redusert evne til å fatte slutninger, vurdere og bedømme ,og redusert evne til å kunne gjennomføre de bestemte handlingene. Ved en nyoppdaget diabetes type 2 vil flere av egenomsorgsbehovene settes i spill. Behovet for ernæring påvirkes i den grad at man ofte må gjøre endringer for å oppnå en optimal metabolsk kontroll, dette krever i mange tilfeller mer kunnskap for å kunne ta de riktige avgjørelsene i hverdagen. Behandling og tilrettelegging påvirkes av utviklingsnivå, alder og kjønn. Hvis man ikke klarer å opprettholde en optimal kontroll vil det kunne påvirke eliminasjons prosesser i kroppen, der iblant diurese som er et av

symptomene man ser hos diabetespasientene. Senkomplikasjoner er en reel fare hos diabetespasientene, og ved å hindre disse forebygger vi negative konsekvenser av sykdommen. Diabetespasientene må tilpasse seg endringer i hverdagen for å fremme utvikling av seg selv, normalfunksjon, helse og velvære.

Orem beskriver pasientens syn på sin situasjon som viktig, og som sykepleiere må vi sette oss inn dette. I tillegg må vi kartlegge hvilke evner pasienten selv mener han kan bidra med. Sykepleie vil alltid fremtones som komplisert, da det er utfordrende å utøve handlinger for andre, samtidig som hjelpen vil preges av personligheten og situasjonen pasienten befinner seg i. Slike situasjoner har alltid til felles at det er minst to involverte personer med ulike roller, det ideelle er at disse rollene utfyller hverandre slik at de sammen kan oppfylle de kravene for omsorg som ligger til grunn. En god relasjon mellom pasient og sykepleier er nødvendig for at sykepleien skal kunne være tilfredsstillende (Kristoffersen, 2005). Det kan trekkes fellesnevner mellom sykepleierens kapasitet og egenomsorgskapasiteten, de bygger begge på egenskaper og ferdigheter hos mennesker, som er avgjørende for å kunne utføre bestemte handlinger. Sykepleierens kapasitet bygges opp av verdier, ferdigheter, erfaringer og kunnskaper. I motsetning til egenomsorgskapasiteten, som har deg selv i sentrum, har sykepleieren fokus på andre mennesker. Det kreves derfor mellommenneskelige og sosiale ferdigheter hos sykepleieren, i tillegg til det teoretiske og profesjonelle grunnlaget. Orem beskriver også individuell og god sykepleie som kunst, kunsten ligger i evnen til å kunne tilpasse sykepleien til hvert enkelt individ på grunnlag av grundig analyse og vurdering, og handle deretter. Sammen med dette er også klokskap avgjørende for god sykepleie, med dette mener hun at man handler moralsk. Sykepleieren må vurdere behovet for sykepleie ved å samle og tolke data, deretter planlegge sykepleien og tilslutt lede og utøve sykepleiesystemet som velges. Orem beskriver veiledning, fysisk og psykisk støtte, utviklingsfremmende omgivelser, undervisning og det å handle for noen andre, som hjelpemetoder innen sykepleie. I noen tilfeller må man kanskje ta i bruk alle disse metodene, mens i andre kanskje bare noen få. Pasientens kapasitet avgjør dette, og bedring underveis i prosessen vil kunne forandre behovet for hjelpemetoder (Kristoffersen, 2005).

Orem deler inn i tre systemer for sykepleie:

**Det helt kompensierende system** som benyttes i de tilfeller hvor pasienten ikke kan dekke noen av sine egenomsorgsbehov, og sykepleieren derfor må ta over på alle områder. (Kristoffersen, 2005).

**Det delvis kompenserende system** hvor pasienten er delvis i stand til å ivareta sine behov, men sykepleieren må ta over på enkelte områder (Kristoffersen, 2005).

**Det støttende og undervisende system** der sykepleieren bidrar på andre måter enn å kompensere. Man tilegner pasienten nødvendige kunnskaper, og veileder pasienten til selv å utføre selve egenomsorgen. På denne måten hjelper man pasienten selv til å oppnå nødvendig kapasitet til å ivareta sine egenomsorgsbehov (Kristoffersen, 2005).

### **3.4 Sykepleierens støttende, veiledende og undervisende funksjon**

Orem's støttende og undervisende system er det som vil være relevant i møtet med pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. Det må være en dialog mellom sykepleieren og pasienten, og det jobbes mot et felles mål om at pasienten skal lære seg og utføre egenomsorgen på egen hånd uten denne veiledningen og støtten. Det er en fordel at pasienten er motivert for å tilegne seg de nødvendige kunnskapene, han må også være i stand til og selv utøve egenomsorgen. I støtten ligger det at man som sykepleier skal stå ved pasientens side og oppmuntre slik at man øker sjansen for at gode resultater er en realitet, man skal også rettlede slik at uheldige episoder unngås (Kristoffersen, 2005). I arbeidet med pasienter som står foran en livsstilsendring er det svært viktig å være en støttespiller. Det å skulle lære seg å leve med en slik kronisk sykdom, som har så stor innvirkning på hverdagen som diabetes type 2 har, kan for mange være vanskelig. Det krever ofte store endringer i levevaner i tillegg til at man hele tiden vil stå ovenfor avgjørelser som må tas. Sykepleieren må undervise i pasienten og tilegne vedkommende nødvendig kunnskap, slik at pasienten selv blir rustet til å ta disse avgjørelsene. Undervisningen må ifølge Orem tilpasses ut ifra pasientens ståsted, ønsker, behov og erfaringer (Kristoffersen, 2005).

Hjemmet er den arenaen pasienten best kan lære seg og regulere sin diabetes, derfor er tiden for diabetespasienter på sykehuset så kort som mulig. For å oppnå gode resultater på hjemmebane er godt tverrfaglig samarbeid veldig viktig. Pasienten må få god behandling på sykehuset og undervisningen starter allerede her. Det er viktig med god informasjon og pasienten trenger kunnskaper om sin sykdom og behandlingen som foregår allerede nå. Når pasienten reiser hjem må det legges til rette med god oppfølging fra poliklinikk, hjemmesykepleien og fastlegen, ettersom hva pasienten har behov for (Ribu, 2008).

For å kunne utøve godt pedagogisk arbeid er det nødvendig at vi har satt oss inn i menneskers livssituasjon, personlige ståsted, miljø, leveforhold, og andre personlige faktorer som spiller inn på pasientens livsmestring. Det er viktig at sykepleieren kan sette seg inn i pasientens livsbetingelser og levekår, det er også nødvendig at sykepleieren er bevisst sin egen rolle i dette samspillet, og fungerer slik at pasienten blir trygg på vår kompetanse og kunnskap (Dalland, 2001).

”Det pedagogiske arbeidet handler om å legge til rette for og lede menneskers læring og personlig utvikling” (Dalland, 2001, s. 20). For å kunne oppnå godt pedagogisk arbeid, må vi som sykepleiere være engasjerte i prosessen rundt pasienten, være kreative, utnytte pasientens ressurser og man må tørre å gå nye veier om det behøves. Vi må kunne respektere det som pasienten selv vil bidra med, og videre inngå et samarbeid som legger til rette for forandring, ikke skape falske forhåpninger, men realistiske mål som det vil være mulig for pasienten å gjennomføre. Vi står sammen med pasienten i denne utfordringen, og gjennom blant annet veiledning, undervisning, støtte og opplæring, skal vi bidra til at pasienten går gjennom en læringsprosess som gjør ham bedre rustet til å mestre sin sykdom (Dalland, 2001).

Eide og eide (2007) beskriver en god veileder som en som kan ledsage pasienten, som kan støtte gjennom en vanskelig tid, og hjelpe pasienten til å velge riktig vei på hans egne premisser. Vi skal være til stede som en profesjonell samtalepartner som gir informasjon, bidrar med gode råd når nødvendig og som motiverer pasienten til lettere å kunne nå sine mål. Ved å styrke pasientens kvaliteter, bidrar vi i prosessen som skal hjelpe pasienten til å kunne gjøre endringer i forhold til hans sykdom og ledsage ham til å kunne ta de riktige beslutninger vedrørende sin egen helse.

Veiledning er å sette pasientens verdier, kunnskaper og egne erfaringer i en sammenheng, dette setter i gang en prosess som gjør han i stand til å kunne ta verdifulle avgjørelser og utføre handlinger (Karlsen, 2011). Sykepleieren skal bidra aktivt til å hjelpe pasienten med å øke hans læringskurve, forvalte kompetanse og motivere til at pasienten bidrar og blir aktivt inkludert i sin egen sykdomsprosess. Veiledning gjennomføres ofte en til en. På denne måten er det lettere å skape en nærhet mellom sykepleier og pasient, et samspill en gjerne ikke hadde fått ved flere mennesker tilstede. Dette gjør det også lettere for sykepleiere å skape et veiledningsopplegg som er tilrettelagt den enkelte pasient, og som er basert på pasientens individuelle ståsted og behov. Gjennom veiledning må sykepleier være i stand til å akseptere den andres valg og ønsker, samtidig som en må kunne sette grenser og stille krav til pasienten

og gjennom samarbeid komme gradvis frem til løsninger som pasienten føler at han kan mestre, og dermed hjelpe ham videre framover mot forandring (Karlsen 2011).

Veiledning er ifølge Hargie et al. en prosess satt sammen av flere faser. I første fasen, er det viktig at vi lar pasienten føle seg hørt, forstått og akseptert. Vi må etablere et samarbeid med pasienten bygget på gjensidig tillit, slik at pasienten på denne måten skal kunne opparbeide seg mot til å prate med oss. I neste steg er fokuset å sette seg inn i pasientens situasjon, dette gjør vi ved å legge vekt på utforskingen av problemet, vise forståelse, gi pasienten muligheten til å bli hørt og videre styrke troen på seg selv og egen mestring. Det er viktig å fokusere på pasientens ressurser og ikke begrensningene. Neste fase går ut på å bearbeide pasientens vonde følelser, dette er viktig og direkte relatert til sykdommen. Her oppfordres pasienten til å oppdrive kontakt med sitt sosiale nettverk, for å kunne motta støtte fra mennesker man har tillit til og ønsker å ha rundt seg. Brukermedvirkning, handling og problemløsning er fokuset i siste fase, her er pasienten selv med å avgjøre tiltak som iverksettes, for å oppnå motivasjon til å nå målene er det viktig at pasienten selv er deltagende i målsettingen og at resultatene er merkbare. God oppfølging er avgjørende for at resultatene skal opprettholdes og man må være forberedt på at en slik prosess for diabetespasienter kan strekke seg over lang tid (Karlsen 2011).

### **3.5 Motivasjon og faser i endring**

”Motivasjon er det som forårsaker aktivitet hos et individ, det som holder aktiviteten ved like og som gir aktiviteten mål og mening” (Lindseth & Meyer, 2010, s. 84). Lysten på å nå goder eller slippe unne noe negativt driver også motivasjon (Lindseth & Mayer, 2010). Selve begrepet kommer fra det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege seg. Motivasjon fører til at man flytter seg mot noe og beskrives som en faktor som holder oss i gang i prosessen mot mestring og ny lærdom (Karlsen, 2011). Det å fokusere på det som er positivt ved pasientens utvikling er en faktor som ofte resulterer i å øke motivasjonen. Den gode følelsen av positive tanker om seg selv øker lyst på å gå videre og oppnå enda bedre resultater. I tilfeller hvor resultater uteblir kan det være større utfordring å opprettholde motivasjonen hos pasienten. I de situasjonene er det anbefalt å begynne litt på nytt og ta opp årsakene til at akkurat disse målene for endring er satt, samt revurdere de konkrete målene som er satt og eventuelt justere de til et mer realistisk nivå (Dalland, 2010). Det deles inn i *indre* og *ytre* motivasjon. Den *indre motivasjonen* kommer fra deg selv og dine egne forventninger rundt et tema eller en

aktivitet. Denne typen motivasjon kan være sårbar og utydelig, og i mange tilfeller kreves det ytre påvirkning for å forsterke de riktige følelsene og øke drivkraften. Her kommer den *ytre motivasjonen* inn, den oppstår på grunnlag av noe utenfor pasienten selv, det kan være omgivelsene, samfunnet eller andre mennesker som er roten til denne motivasjonen (Dalland, 2010). Det er den *indre motivasjonen* som er den motivasjonen som er sterkest og som holder over en lenger periode, det er derfor avgjørende å styrke denne for å oppnå gode resultater (Dalland, 2010 & Oftedal, Bru & Karlsen, 2011). Sykepleieren kan jobbe mot å skape *ytre motivasjon* og bruke dette som et verktøy i arbeidet mot å nå målet om en *indre motivasjon* og drivkraft hos pasienten (Dalland, 2010).

Helsepersonell står stadig ovenfor den utfordringen at ikke alle pasienter er like innstilt på å følge de råd og anbefalingene som gis angående deres helse. Formidling av kunnskap er ikke tilstrekkelig for å kunne oppnå resultater i forhold til egen sykdoms utvikling. Pasienten må selv bidra for å oppnå endringer, det er krevende og er en prosess som strekker seg over en lengre tid (Ribu, 2008). Prochaska og DiClemente beskriver en prosess som tar for seg de ulike fasene en må igjennom på veien mot endringer (referert i Eide & Eide, 2007). Denne er et fint verktøy som kan tas i bruk i arbeidet med diabetespasienter. Målet ved å anvende denne strategien er å bidra til å øke motivasjonen, samt vedlikeholde og bevare motivasjon for videre utvikling (Ribu, 2008).

**Føroverveielse:** I denne fasen er gledene ved de eventuelle uvanene fortsatt større enn de negative sidene. Man setter her spørsmålsteget ved sin egen situasjon, men har enda ikke kommet til det punktet hvor en tenker at noe trenger å forandres (Prochaska & DiClemente, referert i Eide & Eide, 2007).

**Overveielse:** Her er man usikker på omfanget av problemet, og nødvendigheten ved å gjøre noe med det. Ubesluttsomhet dominerer denne fasen, man slites frem og tilbake rundt sine egne beslutninger. På denne måten utsetter man problemet (Prochaska & DiClemente, referert i Eide & Eide, 2007).

**Forberedelsesfasen:** I denne fasen er beslutningen om å endre sine vaner tatt. Her setter man opp mål for når endringen skal finne sted, og små endringer blir gradvis innført i hverdagen. Her går man fra å tenke at man har et problem, til å gjøre noe med det. Forberedelsen til endring har startet. På dette stadiet begynner man å bli åpen for hjelp til å gjennomføre endringer (Prochaska & DiClemente, referert i Eide & Eide, 2007).

**Handlingsfasen:** Nå går man inn for å gjøre en innsats. Ved å forandre miljøet rundt seg, atferden og hvordan man tenker vil man kunne klare å foreta de endringer som er ønskelige. Her begynner forandringene og bli merkbare for miljøet rundt personen, det krever i noen tilfeller mot og forsvare sine valg (Prochaska & DiClemente, referert i Eide & Eide, 2007).

**Vedlikeholdsfasen:** I denne fasen er motivasjon grunnleggende for å klare å holde på endringene som har blitt gjennomført. Det er viktig å jobbe hardt for og ikke falle tilbake til gamle vaner. Man vil bli utsatt for fristelser og det kan være en utfordring å holde motivasjonen oppe. Tilbakefall hender ofte i denne fasen, det kan ses på som en feil og lær situasjon, en erfaring som forsterker viljen til å prøve igjen (Prochaska & DiClemente, referert i Eide & Eide, 2007).

Vi må ha kompetanse til å kartlegge i hvilken fase pasienten befinner seg i og hvilke eventuelle yrkesgrupper som må involveres for å kunne hjelpe pasienten. Vi må også avgjøre hvor mottakelig pasienten er for undervisning på dette tidspunktet, og hvilke ressurser og muligheter har pasienten til å kunne takle og gjøre de livsstilsendringer som behøves (Ribbu, 2008).

### **3.6 Brukermedvirkning og Empowerment**

Diabetes er en krevende sykdom å leve med, den er tilstede konstant og man får aldri noe pause, det er en 24 timers jobb å leve med diabetes. Det er også en sykdom som kan gi pasientene mye å tenke på i forhold til videre utvikling og komplikasjoner, dette fører ofte til psykisk stress og angst (Allgot, 2011).

Å være medvirkende i sin egen behandling er en rettighet man krav på i henhold til lovverket, egeninnsatsen er også helt avgjørende for prosessen videre. Pasienten stiller sterkt, med gode kunnskaper om seg selv og sin egen hverdag, og det er ingen som vet bedre enn han hvordan livet blir påvirket av sykdommen. Det han trenger er gode støttespillere, som innehar kunnskaper om det medisinske aspektet av sykdommen og som kan motivere og støtte til aktivt ta del i eget sykdomsbilde. Det er viktig at man aksepterer sykdommen som en del av livet, og jobber helhetlig for å unngå at sykdommen progredierer. Helsepersonell hjelper til med å tilrettelegge for videre læring, pasienten må kontinuerlig holde seg oppdatert på ny kunnskap. Målet er å oppnå egenmestring, å dermed ta imot de utfordringene som måtte dukke opp, og å være i stand til fullt og helt stole på sine egne beslutninger som må tas



angående sykdommen. Brukermedvirkning er helt sentralt i diabetesdiagnosen, å til større ansvar en tar for sin egen helse, desto mer helsegevinst. Pasienten skal medvirke i sin egen prosess, og dermed ha større innflytelse på egen behandling. Det er pasientens behov som står i fokus. Det er nødvendig at pasienten aktivt deltar og medvirker i egne beslutninger, det er til slutt han som har ansvar for seg selv og sine handlinger (Allgot, 2011). Med empowerment mens det at den enkelte skal få mer kontroll og deltagelse når det kommer til spørsmål om helsen sin, være med på å ta beslutninger som har positiv innvirkning basert på kunnskap rundt sin egen sykdom. Pasienten skal involveres i sin egen prosess, og følelsen av å kunne være med på å styre sitt eget liv bidrar til bedre selvtillit og økt mestring (Mæland, 2010). Ved å styrke pasientens kompetanse får han direkte innvirkning, økt deltagelse, og bedre styring over sin egen behandling, og oppnår dermed en følelse av økt kontroll (Malterud & Walseth, 2004).

### **3.7 Motiverende intervju**

Motiverende intervju er et nyttig redskap i alle tilfeller hvor man vil hjelpe noen andre i endringsprosesser. Sett fra et sykepleieperspektiv skal vi hjelpe pasientene til å få motivasjon og drivkraft til å løse sine egne problemer (Ivarsson, 2010). Miller og Rollnick har en fin definisjon som beskriver dette redskapet godt: ”Motiverende intervju er en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon” (referert i Ivarsson, 2010, s.9). Pasienten er i sentrum og der er dens meninger og synspunkter som er viktige i dette arbeidet. Når vi går i gang med samtalen er det viktig at vi som sykepleiere har et mål for hva vi vil oppnå med arbeidet. Vi skal bringe de spørsmålene på banen som gjøre at endring blir et tema, i tillegg til å få frem pasientens grunner til at endring er ønsket, samt å styrke pasientens positive synspunkter og utvikling. Målet med spørsmålene kan også være å få pasienten selv til å komme på de ulike alternativene til handling, uten å påvirke i noen retning. Holdningene er helt grunnleggende i denne typen arbeid. Man skal gå inn i samtalene som en hjelper som skal samarbeide med pasienten, det er vedkommende selv som er eksperten på seg selv og det er pasienten som tar stilling til handlingsalternativene. Vi må være fri for fordommer og vise respekt for pasienten og vedkommendes rettigheter. Interesse, empati og respekt er viktige nøkkelord, samt det å akseptere og forstå den andres synspunkter. Man skal ikke presse frem sine egne meninger, eller prøve å overtale pasienten til noe, når pasienten selv er klar for det

kommer ønsket om endringer frem. Vi skal bidra til at pasienten øker motivasjonen og truen på seg selv og at de kan mestre endringene (Ivarsson, 2010).

**Empatisk lytting** er helt sentralt i motiverende intervju, det innebærer at man ser den andre personen, stiller åpne spørsmål, reflekterer over situasjonen og tilbakemeldingene og sammenfatter underveis. Det å gi pasienten bekreftelse på hvem han er, iboende verdier, styrke og prestasjonene er helt nødvendig i dette arbeidet. Man skal stille spørsmål som åpner for at pasienten selv skal utdype omkring temaene, åpne spørsmål innledes gjerne med hva, hvordan, kan du fortelle om, eller lignende. Åpne spørsmål gjør det lettere å skape en god kommunikasjon hvor pasienten åpner seg mer. Ved at sykepleieren viser interesse på denne måten vil pasienten lettere få tillitt til deg og man kan skape en god relasjon, og dermed et godt samarbeid. Underveis i samtalen kommer vi med refleksjoner omkring temaene, det skal gi pasienten bekreftelse at vi hører hva som blir sakt, i tillegg til at det skal få vedkommende til å jobbe videre innen temaet og gå mer i dybden. Refleksjonen vil også føre til at det som allerede er sakt vil bli forsterket, noe som igjen gir sterkere tanker og motivasjon for og nå et mål. Ved å stille de riktige spørsmålene vil man kunne få pasienten selv til å gjenta de positive sidene ved endringene og man vil på denne måten kunne bygge opp pasientens indre motivasjon. Før man går videre til et nytt tema, eller hvis man er usikker på hvor samtalen skal føre videre er det fint med en oppsummering. Den gjør at man får en bekreftelse på hvor man er og man kan legge vekt på det som oppleves som viktig fokus videre. Forløpet i samtalen vil være en kartlegging av tema, kartlegging av pasientens synspunkter og hvor i endringsprosessen vedkommende er, deretter fokuseres det på positivt og negativt i forhold til endringene. Videre avsluttes det med å prøve å fatte en slutning og skape forpliktelser videre. Oppfølging er viktig (Ivarsson, 2010).

### **3.8 Salutogenese**

Det er mye som har innvirkning på hvordan vi takler vår sykdom, en persons bakgrunn og levemåte, kan si mye om hvordan en vil takle sykdommens utfordringer og hvordan en vil kunne være i stand til å håndtere situasjonen. Begrepet salutogenese forklarer litt om hvordan den enkelte takler sykdom, og hva som er med på å gjør slik at vi oppnår god helse. Antonovsky var en sosiolog som først presenterte begrepet, han mener at et menneskes personlige ståsted er viktig for hvor stor kapasitet vi har til å hankses med sykdommen. Har vi et stort sosialt nettverk, en bra jobb med en stabil inntekt, stor selvtillit og en følelse av

betydning, er dette ressurser som gjør et menneske bedre rustet til å kjempe mot sykdommen (Malterud & Walseth, 2004). Det er viktig at vi ikke bare tenker på hva som fremkaller sykdommen, men også hvordan vi skal kunne overvinne den i et forebyggende perspektiv. Helse blir derfor en ressurs man kan bekjempe eller videre utvikle, sett ifra dette aspektet (Mæland, 2010). Ifølge Antronovsky skal vi ikke bare fokusere på hva som forårsaker sykdommen, men heller fokusere på hva som er med på å fremme helsen (referert i Mæland, 2010).

### **3.9 Livsstilsendring**

Dårlige levevaner som innaktivitet og feil kosthold fører ofte til overvekt, som igjen sees i stor sammenheng med utviklingen av diabetes type2. På grunnlag av dette er livsstilsendringer en dominerende faktor i behandlingen (Borch-Johnsen, 2004). Diabetes vil trenge seg på hverdagen til pasienten og kan oppleves som en svært krevende sykdom og leve med. Man må daglig ta valg i forhold til behandlingen man utfører (Ribu, 2008). Ved å jobbe mot en sunnere livsstil vil man kunne oppnå en rekke helsegevinster i forhold til det medisinske perspektivet innen behandlingen av diabetes type2 (Aas, 2004). Mange vil klare å få kontroll på sykdommen ved disse tiltakene alene (Aas, 2011). Og dermed vil man slippe medisinsk behandling og de medfølgende bivirkningene den kan gi (Aas, 2004).

#### **3.9.1 Kosthold**

Det kreves gode kunnskaper for å kunne ta de riktige avgjørelsene når det gjelder kostholdet, spesielt for diabetespasientene, da kostholdet spiller en veldig viktig rolle i forhold til reguleringen av blodsukkeret. Noe av det som gjør det vanskelig, men samtidig spennende å veilede andre til hva de skal spise, er at mat er sterkt knyttet til lyst og nytelse. Avgjørelsene vi tar påvirkes også av omgivelsene rundt oss, tradisjoner, pris, vaner, tid og tilgjengelighet. Utfordringen blir jo da å veilede pasientene til å kunne holde et sunt kosthold, samtidig som man ikke trosser de grunnleggende behovene om å spise ut ifra lyst og tradisjoner (Aas, 2011).

Innholdet av karbohydrater i måltidet er det som har størst innvirkning på blodsukkeret, da karbohydratene brytes ned til i hovedsak glukose som tas opp i blodet. Innhold av proteiner, fett, syre og fiber i maten vil gjøre slik at det tar lengre tid før maten når tynntarmen, dette vil gjøre at det tar lengre tid for blodsukkeret stiger (Aas, 2011). Ubehandlete grønnsaker, fersk

frukt og hele korn er mat med mer motstand enn mye av den bearbejdede maten, disse bruker også lengre tid før de når tarmen (Aas, 2011 & Lindseth & Meyer, 2010). I tillegg vil de ufordøyelige fibrene i for eksempel helekorn, gjøre at enzymene ikke slipper til for å bryte ned til glukose, og dermed forsvinner mye ufordøyd ut i avføringen. Fysisk aktivitet rett før og rett etter inntak av mat reduserer stigningen av blodsukkeret, på grunn av at musklene har et større opptak av glukose i dette tidsrommet. Stresshormoner kan også påvirke stigningen av blodsukkeret da de jobber imot effekten av insulinet. Alvorlighetsgraden ved den enkeltes diabetes påvirker også hvor høy stigningen av blodsukkeret blir (Aas, 2011). Det er med andre ord en rekke faktorer som spiller inn, og i hvor stor grad blodsukkeret påvirkes vil være svært individuelt. Kostholdsendringer kan for mange være nok for å optimal blodsukkerregulering (Aas, 2011 & Lindseth & Meyer, 2010 & Helsedirektoratet, 2009).

Endring av kostvaner beskrives som en behandling som har enorm påvirkning på pasientens hverdag, større enn de fleste andre behandlinger. Flere ganger om dagen må pasienten ta stilling til spørsmål omkring behandlingen og vurdere hva som er til hans eget beste. For å få gjennomført endringene som er nødvendig hos en pasient, er det like viktig å finne motivasjonsnivået hos pasienten angående kosthold. Pasienten selv må ha tru på at disse endringene er gjennomførbare, det er også pasienten selv som etter hvert vil ta stilling til om resultatene er verdt anstrengelsen. Men vi må uansett fokusere på viktigheten av kostholdet i behandlingen, og fokusere på de tingene pasienten allerede gjør som er bra. Ved god kartlegging av kostvanene vil man kunne trekke ut de tingene som allerede er bra, og bygge videre på det. Hvis man endrer på minst mulig vil det være lettere for pasienten og følge opp, istedenfor å gjøre enorme endringer som er vanskelig å gjennomføre. Kosthold og vekt er veldig privat for mange, og det kan være et sensitivt tema og snakke om, dette er viktig å huske på i alle samtaler omkring temaet. Respekt og tillitt er viktige stikkord for å få et godt samarbeid, sykepleierens oppgave er å dele kunnskaper om konsekvensene matvarene gir og å stille de riktige spørsmålene, slik at pasienten selv kan bidra til å finne løsninger og forslag til endringer. Man må også snakke om hva som sees på som de største utfordringene i endringene, og sammen finne løsninger og mål som er realistiske og gjennomførbare over tid. (Aas, 2011).

### **3.9.2 Fysisk aktivitet**

Problemer som kan oppstå ved fysisk inaktivitet er blant annet overvekt, diabetes type 2, hypertensjon, hjertesykdom, forskjellige typer kreft og beinskjørhet. Ved å være jevnlig fysisk aktiv kan det være med på å minske risikoen for disse problemene og bidra til flere helsegevinster. Fysisk aktivitet bidrar til å senke nivået av triglycerider i blodet, øke nivået av det gode kolesterolet HDL, samt bidra til insulinivået og blodtrykket senkes (Mæland, 2010). For lite fysisk aktivitet vil kunne redusere insulinfølsomheten i kroppen, fysisk aktivitet er derfor svært viktig hos pasienter med diabetes type 2. Det er bevist at fysisk aktivitet kan bidra til bedre kontroll på blodsukkeret, og det omtales som en av hoveddelene i behandlingen hos pasienter med diabetes (Birkeland, Henrikson & Østenson, 2008). Trening bidrar til økt selvtillit, og er med på å forhindre depresjon, det vil også gi økt energi i en travel hverdag (Mæland, 2010).

30 minutter daglig aktivitet med middels intensitet, tilpasset personens ressurser og utgangspunkt, er det som anbefales. Med høyere intensitet 2-3 dager i uka kan helseeffektene øke enda mer (Birkeland, Henrikson & Østenson, 2008).

## 4.0 Helsefremmende veiledning for pasienter med diabetes type 2

Vi vil i vår drøfting belyse den utfordringen det kan være å veilede og motivere pasienter med nyopplaget diabetes type 2 til å gjøre endringer i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Vi vil sette teori om temaene og interessant forskning opp mot hverandre og egne erfaringer fra praksis. På denne måten vil vi komme frem til et svar på vår problemstilling om hvordan vi som sykepleiere kan veilede pasienter med nyopplaget diabetes type 2 på en slik måte at motivasjon for endring øker og forholdene ligger til rette slik at hverdagen kan mestres. Tidsrommet vi omtaler begrenser seg til den tiden vi møter pasienten på sykehuset.

### 4.1 Motivasjon til egeninnsats

Det vil for de fleste være helt uventet å få beskjeden om at de har diabetes type 2. Det er en kronisk sykdom som vil ha stor innvirkning på hverdagen resten av livet, og dette kan oppleves som en krise (Ribu, 2008). Målet er at pasienten skal klare seg godt hjemme, det er derfor det som er fokus i tiden på sykehuset. Før hjemreise planlegges videre oppfølging og andre helsetjenester involveres om det er behov.

Det er ulikt hvordan pasienten blir påvirket av krisen og ikke alle er like mottakelig for informasjon på et så tidlig tidspunkt (Ribu, 2010). Vi som sykepleiere må klare å se hvor i prosessen pasienten er, men studier viser at dette i noen tilfeller er vanskelig, da sykepleieren føler de mangler kunnskap på dette området og tiden ikke strekker til. Dette kan føre til at sykepleieren går for fort fram (Jallinoja, et.al., 2007). Et godt redskap for å hindre at dette skjer kan være *Motiverende intervju* (Jansink, 2010). Dette er en metode som har fokus på å bringe frem pasientens egen motivasjon, tyngden ligge på pasientens tanker og meninger. Sykepleieren er til stede for å lede pasienten inn på tankene om endring, men det er pasienten selv som gir uttrykk for at de ønsker og er klar for dette. Vi stiller spørsmål som ikke bare får vedkommende til å tenke på endring, men også de positive fordelene dette vil gi. Disse fordelene er en stor motivasjonsfaktor og er helt avgjørende for at endringen skal bli en realitet (Ivarsson, 2010). Vi mener at å bringe frem disse faktorene hos pasienten er noe av det viktigste vi gjør i denne fasen sammen med pasientene, i tillegg til å undervise pasienten.

Dette tidspunktet danner grunnlaget for den videre behandlingen pasienten selv skal utøve, og dette møtet spiller en stor rolle i videre utvikling av behandlingen (Ribu, 2008). Fortsetter

dårlige vaner og dårlig regulert blodglukose etter hjemreise? Kvier pasienten seg for å oppsøke hjelp igjen? Eller reiser pasienten hjem med nyttige kunnskaper og en iverende motivasjon for faktisk å gjøre de endringene som er nødvendig? Og som videre fører til en sunnere livsstil, en bedre helse og en bedre hverdag? Livsstilsendringer er dominerende i behandlingen av diabetes type 2 (Borch-Johnsen, 2004). For å klare å få pasienten motivert til å gjøre endringer er det helt sentralt å finne ut hva som er motivasjonsfaktoren hos hver enkelt. Det er den indre motivasjonen som gir best og mest varige resultater, og det er denne vi vil lokke frem (Ofstedal, et al., 2011). Pasientens personlig ståsted har også en innvirkning på hvordan han takler sykdommen. Salutogenese beskriver de faktorene i livet ditt som har god innvirkning på helsen, det som gjør at du på tross av sykdom ikke mister motet og fremdeles opplever livskvalitet og god helse (Mæland, 2010). Hvis pasienten har en god helse og livskvalitet i utgangspunktet vil det være lettere å håndtere behandlingsprosessen etter å ha fått diagnosen diabetes type 2.

Det er viktig at rollefordelingen er tydelig og at vi som sykepleier har en plan og et mål før vi starter (Jansink, et al., 2010). Gode forberedelser er viktig og omgivelsene man møtes i bør være rolige så man kan snakke uforstyrret (Eide & Eide, 2007). Spørsmål som vil være relevant i startfasen er åpne spørsmål som gir rom for at pasienten kan reflektere over sin situasjon og se muligheter for endringer. Eksempel her kan være ”Hva tenker du om at du har fått diabetes?” ”Hvordan ser du på dette med endringer i kostholdet?” eller ”Hva kan du selv gjøre for å gå ned i vekt?”. Underveis er det veldig viktig å komme med bekreftelser til pasienten om at det vedkommende har å fortelle er av betydning (Ivarsson, 2010). Vi bygger videre på det pasienten sier for å komme mer i dybden og finne ut mer, samtidig som vi roser utsagn som er i riktig retning og gir pasienten anerkjennelse for å være åpne og dele av seg selv. Motivasjon er helt avgjørende for å kunne tilegne seg nye kunnskaper (Karlsen, 2011). Så det er først når pasienten er kommet til det punktet at undervisningen kan starte. Denne samtalen er også et fint verktøy i forhold til å kartlegge hvor pasienten står sosialt sett, hvordan ferdigheter han allerede innehar, hvordan syn vedkommende har på diagnosen og behandlingen. Dette vil være viktig å kartlegge for å kunne planlegge den videre behandlingen, i forhold til at denne informasjonen vil påvirke hvilke kunnskaper vi må undervise i og hvordan metoder som vil være aktuell i undervisningen. Vi vil vekke interesse hos pasienten og få pasienten til å sette seg personlige mål og bygge seg opp forventninger og tro på seg selv (Karlsen, 2011).

Pasienten vi møter på dette stadiet har en svekket egenomsorg i en eller annen form. Hvilket behov hver enkelt har for sykepleie er individuelt og god kartlegging er helt essensielt for å kunne utøve god sykepleie. Det kan være ulike årsaker til at pasienten har fått diabetes type 2, det kan være arv, dårlige kostvaner, inaktivitet, eller en kombinasjon av dette (Vaaler, 2004). Felles for alle vil være at de trenger kunnskaper om sykdommen og sin situasjon, de må lære hva de kan gjøre for at de på best mulig måte kan leve med sykdommen. Vi vil her benytte oss av Orem's støttende og undervisende system for utøvelse av sykepleie, og vi vil bidra til å øke pasientens kompetanse slik at vedkommendes omsorgskapasitet øker til samme nivå som kravene. Undervisning er helt uunnværlig i denne fasen, da pasienten skal klare å få fullstendig kontroll på egenomsorgen og skal kunne klare å ta de riktige valgene på egenhånd. Pasienten må få direkte anbefalinger i henhold til sykdommen sin, svar på spørsmålene sine og gjøre opp eventuelle uklarheter. God informasjon for å hindre usikkerhet er viktig, dette for å unngå at usikkerheten blir en byrde for pasienten. Undervisningen må ikke bare skje en gang på sykehuset, men oppfølging må gis i forhold til pasientens behov og utvikling. Det viser seg via forskning utført i Finland at helsepersonell ikke har tilstrekkelige kunnskaper i forhold til kommunikasjon, noe som fører til uhensiktsmessig og dårlig tilpasset veiledning (Jallinoja, et.al., 2007). Vi ser på dette som en mulig realitet i Norge også, men stiller spørsmål ved hvordan dette er mulig. Dette på grunnlag at vi som sykepleiere selv har ansvar får utførelsen av vårt arbeid, og det er vårt ansvar at sykepleien vi utfører er faglig forsvarlig. I dette ligger det også at vi er faglig oppdatert i forhold til ny forskning og utvikling innen området. Det er vårt eget ansvar at vi kjenner til våre begrensninger, og i tilfeller hvor vi ikke føler oss kompetente for oppgaven skal vi søke hjelp og veiledning (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

Når man får en kronisk sykdom, må man tilpasse seg flere nye oppgaver. Da er det vi som helsepersonell som skal hjelpe pasientene til å styrke deres kunnskaper og lære dem opp rundt sykdommen sin. Undervisningen utføres som en dialog mellom helsepersonell og pasient, og må legges til rette basert på at pasienten selv får medvirke i valg som tas, ut ifra personlige behov og ressurser. Noen faktorer er avgjørende for best mulig resultat, det er viktig at undervisningen henger direkte sammen med sykdommen, og er skreddersydd den enkeltes behov og forståelse. Det er nødvendig at pasienten følger sin egen rytme, og føler seg trygg på å kunne spørre om ting som man lurer på. Det skal gis direkte relevante råd i henhold til sykdommen, og man skal alltid jobbe mot det som trengs å forandres i livet til pasienten, og at



den enkelte selv klarer å oppdage hva man faktisk er i stand til å gjøre noe med. Det skal jobbes mot gode resultater, oppnås dette skal pasientene få ros og berømmes (Mæland, 2010).

For å kunne bidra til å bedre pasientens helse og livskvalitet, som er hovedfokus i arbeid med diabetespasienter, er god veiledning og opplæring helt sentralt (Karlsen, 2011). God pasientundervisning står i fokus hos pasienter som har fått diagnosen, og det er veldig viktig at disse pasientene lærer seg hvordan de på best mulig måte kan leve med og håndtere denne sykdommen. God egenomsorg er det som karakteriserer denne sykdommen, og særs viktig i forhold til utviklingen videre. Gjennom undervisning er det viktig at vi fremstår kunnskapsrike og profesjonelle, og ikke moraliserende. Det vi vil oppnå med undervisningen er at pasienten sitter igjen med en bedre forståelse av sin egen sykdom, og at han dermed på egenhånd evner å identifisere helsespørsmål av betydning, mens de ennå kan bli gjort noe med (Knutstad, 2008).

## **4.2 På veien mot livsstilsendringer**

Livsstilsendringer krever selvdisiplin og kontroll, og er en stor utfordring som vil pågå livet ut (Bru, Karlsen & Oftedal, 2011). Helt grunnleggende vil vi starte undervisningen med å forklare fysiologiske prosesser i kroppen og hvordan senkomplikasjoner oppstår. Det er særdeles viktig at pasienten forstår hvorfor disse endringene er så viktig og hvordan endringene gir utslag i kroppen. For å tydeliggjøre dette for pasienten kan vi måle blodsukkeret rett etter inntak av mat med høyt og lavt innhold av karbohydrater.

Mye ny teknologi og lettvinde løsninger preges samfunnet og øker inaktiviteten (Borch-Johnsen, 2004). Det er en stor utfordring å motivere pasientene til å trosse disse lettvinde løsningene. Vi har erfart i praksis at hvis pasienten må gjøre store endringer i hverdagen, blir det i seg selv veldig demotiverende og virker vanskelig og uoppnåelig. Forskning viser at for lite kunnskap om sin sykdom, feil informasjon og oppfattelse kan være ødeleggende i behandlingen, da dette kan redusere motivasjon (Jansink, 2010). Annen forskning viser også tendenser til at pasienter gjennomsnittlig har dårlig evne til å sortere ut den kunnskapen som er tilgjengelig. Det er mye informasjon tilgjengelig og mange leser mye og tar til seg informasjon, uten at de egentlig vet om denne informasjonen er troverdig. Dette fører til at mange belager sine vurderinger på informasjon som ikke er vitenskapelig basert (Finbråten & Pettersen, 2012). Gode kunnskaper er helt grunnleggende for at pasienten skal kunne ta de

riktige avgjørelsene videre i behandlingen og vi må sørge for at pasienten har dette (Aas, 2011). Vi mener at hvis pasienten har denne grunnmuren å bygge videre på, vil det være lettere å være kritisk mot den informasjonen vedkommende vil komme over etter hjemreise.

For at pasienten skal klare å beholde motivasjonen for endringer som er bygget opp, er det avgjørende at resultater blir synlige (Dalland, 2010). Det er derfor viktig at vi er tydelig i vår rådgivning. Helsedirektoratets retningslinjer angående kosthold til diabetespasienter (2009) er ikke så ulik de generelle anbefalingene de gir. Det anbefales å være selektiv med kildene til karbohydrater. En regel man kan ha er å bytte ut høyglykemiske kilder til karbohydrater, som fint brød, pasta og lignende med mer fiberrike varianter. Det finnes mange fiberrike alternativer på markedet, velg etter grovhetsskala og nøkkelhullmerkingen. Man bør benytte seg av frukt, grønnsaker, bær, naturlige yoghurt varianter, bønner, kikerter, linser og nøtter. (Lindseth & Meyer, 2010). Andre kilder er enda mer kritiske til hvordan man skal bygge opp kosten sin. Det anbefales kun en porsjon med stivelse om dagen, dette kan være en brødskive eller en liten håndfull potet, ris eller pasta om dagen. Dette til tross for at du følger overnevnte anbefalinger. Videre anbefales det kun å spise små mengder av belgfrukter som bønner og linser, og at du ikke skal overskride en frukt om dagen (Meyer & Lindseth, 2010). For at endringene i kostvanene skal være gjennomførbare i lengden er det viktig at endringene ikke er for store (Aas, 2011). Det har vi også selv sett i møte med pasienter i praksis. Vi mener derfor at å forvente at pasienten skal kunne overholde et så strengt kosthold som Meyer & Lindseth (2010) anbefaler blir urealistisk for de fleste. Vi støtter oss til Aas (2011) som påpeker at det er en grunn til at mennesker har tilegnet seg de spisevanene de har og at man må gjøre så små endringer som mulig for at endringene skal være gjennomførbare. Man burde starte med det mest nødvendige, også kan man heller avansere etter hvert som pasienten utvikler seg med kunnskaper og ser hva han ønsker videre og har kapasitet til. Aas (2011) har og fokus på at maten man spiser, uavhengig av diett valg, skal være næringsrik og kroppens behov for antioksidanter, vitaminer, mineraler, fiber og riktig sammensetning av fett. Hun presiserer at grønnsaker og belgvekst bør ha en viktig del i kosten og at gode kilder til fett er myk margarin, oljer, nøtter og fet fisk. Selv om vi mener Meyer og Lindseth (2010) sine anbefalinger er litt vell strenge for pasientene på dette stadiet, synes vi allikevel at fokuset de har på utskielser er fine råd å gi pasienten. De påpeker at utskielser er sunt en gang i blant, det er for de fleste nærmest umulig å unngå det. Det handler da om å velge de riktige utskielserne. Det kan være sukkerfrie varianter, eller for eksempel mørk sjokolade i små

mengder. Det anbefales at måltidene er regelmessige og fordelt på 3-4 hovedmåltider og mellommåltider (Helsedirektoratet, 2009).

Før man legger en plan for hva som skal endres i pasientens kosthold må man kartlegge hvordan kostholdet er i utgangspunktet. Her er det viktig at man har et godt fellesskap mellom pasient og sykepleier slik at pasienten våger å være ærlig på hvordan kosten er. Hos mange er det med kost og spisevaner noe veldig privat og vi vil møte tilfeller der pasienten sitter med en skyldfølelse og en følelse av skam på grunn av sykdommen som har oppstått, vi må derfor være svært ydmyke i dette arbeidet. Det er viktig å trekke frem de delene av kostholdet som allerede er bra og som ikke behøver endring, dette gir pasienten anerkjennelse og hjelper å bygge opp motivasjonen (Aas, 2011). Eksempel her kan være: ”Jeg ser at du spiser regelmessige måltider hver dag, det er kjempe fint, fortsett med det!” eller ”Det er kjempe fint at du starter dagen med en sunn og næringsrik frokost, det er veldig viktig”. Det finnes ingen fasit på akkurat hva man skal spise, det kreves individuelle tilpasninger i forhold til aktivitetsnivå, vaner, miljø og mye mer. Men her er eksempel på generelle anbefalinger vi vil gi pasienten:

**Slik kan kosten se ut i løpet av en dag:**

**Frokost:** Grovt brød eller grove knekkebrød med magert pålegg og noe grønt. Eller omelett med skinke og noe grønt til. Et glass melk og kaffe eller te uten sukker, eventuelt søtet med natreen, stevia eller lignende.

**Mellommåltid:** En frukt og litt nøtter, for eksempel mandler som er en fin kilde til det riktige fett.

**Lunsj:** Salat med en god sammensetning av farger og kylling, tunfisk eller skinke. Ønsker man dressing er det fint å lage det selv av mager kesam, tilsett krydder etter ønske. Ha gjerne et lite stykke grovt brød ved siden av. Eller man kan lage en enkel wok med kylling filet og grønnsaker som enten spises varm eller kald.

**Mellommåltid:** Naturell yoghurt eller mager kesam med bær til, eventuelt bare bær og litt nøtter om man er på farten.

**Middag:** Viktig med variasjon, men for å ha noen faste rammer kan det være lurt å for eksempel ha kylling mandag og onsdag, laks på tirsdager, torsk på torsdager, osv. Varier tilbehøret fra uke til uke og vær kreativ. Belgfrukter er for mange litt ukjent og

man vet kanskje ikke helt hvordan man skal ta det i bruk. Prøv og erstatt pasta, ris og potet med linser, bønner eller kikerter. ”Ris” kan også lager av blomkål ved å raspe blomkålen og koke den lett.

**Kveldsmat:** Et knekkebrød med magert pålegg eller litt naturell yoghurt eller mager kesam med bær til, en liten enkel salat er også et alternativ.

Bruk vann som tørstedrikk, istedenfor sukkerholdige drikker og erstatt sukker i kaffe og te med søtstoff som stevia, natreen eller lignende. Skal man skeie ut, velg så sunt alternativ som mulig; mørk sjokolade, hjemmelaget nøttekake, nøtter, baconcrisp eller sukkerfrie alternativer til sjokolade eller godteri (Meyer & Lindseth, 2010).

Når det gjelder fysisk aktivitet er dette også viktig i reguleringen av blodsukker. Forskning viser faktisk at personer med diabetes gjennomsnittlig er mindre fysisk aktiv enn befolkningen ellers (Oftedal et al., 2011). I tillegg til gevinstene i forhold til reguleringen av blodsukkeret har også fysisk aktivitet en rekke andre positive følger. Blant annet økt energi og velvære, bedre selvtillitt og redusert sjanse for depresjon (Mæland, 2010). Alle disse positive utfallene av å være i fysisk aktivitet burde jo være motivasjon nok vil kanskje noen si, men det hjelper ikke så lenge pasienten selv ikke har en indre motivasjon. Noe som trigger akkurat han eller henne til å ønske å komme i gang med fysisk aktivitet. Forskning viser til at den indre pådriveren er enda viktigere her enn ved kosthold for å lykkes med eventuelle endringer (Oftedal et al., 2011). Fremgangsmåten vil også her være motiverende intervju, vi må finne pasientens indre motivasjon og jobbe mot å trigge den. Kartlegging er også her helt essensielt, samme med bekreftelse. Vi driver pasienten mot tankene om endring og bidrar til at pasienten spinner videre på de tankene for å øke motivasjonen. Vi kan spørre om: ”Hvordan helsegevinster ville du oppnådd med fysisk aktivitet?”, ”Hva er ditt syn på trening?” eller ”Ville fysisk aktivitet gitt noen utslag på kroppen din?”. Bekreftelse kan være: ”Så fint at du bruker sykkelen mye til jobben” eller ”Kjempe flott at du går til butikken istedenfor å ta bilen, jeg syns du er kjempe flink”. Oftedal et al. (2011) påpeker også viktigheten av å gi konkret informasjon til pasienten, hun mener dette sammen med å styrke indre motivasjon vil gi bedre resultater i reguleringen av blodsukkeret. Vi vil råde pasienten til mer aktivitet i det daglige, bruk trappen istedenfor heisen, bruk sykkel eller gå istedenfor å ta bilen eller bussen og vær med barna ut og lek om vedkommende har barn i den alderen. Videre anbefales det 30 minutters aktivitet daglig med middels intensitet (Birkeland et al., 2008). Dette kan være så mangt og det er viktig at man her finner en aktivitet som pasienten vil trives med og ønsker å

gjøre selv. Det kan være å gå tur i godt tempo, sykle, danse osv. Med økt intensitet et par dager i uka vil helse effektene være enda bedre (Birkeland et al., 2008).

Andre områder pasienten behøver mer kunnskaper om er nødvendige prosedyrer i forhold til diabetes og blodsukker regulering. Pasienten må lære seg hvordan man kontrollerer blodsukkeret, hvordan man kan loggføre på en oversiktlig måte og hvordan man eventuelt håndterer tildelte medikamenter. Vi må også gi tydelig informasjon om hvor pasienten kan søke hjelp, hvor oppfølgingen vil foregå, og vi vil informere om diabetesforbundet som har mye god informasjon og bidra med.

### **4.3 Brukermedvirkningens betydning**

Orem's sykepleieteori er en vell anvendt teori innen sykepleiepraksis. En rekke forfattere og sykepleiere har opp i gjennom tiden satt sine ord på hva sykepleie er og hvordan den skal utøves, vi har valgt å støtte oss til Orem's systemer for å utøve sykepleie i denne sammenhengen. Likevel stiller vi spørsmål ved hennes fokus på at sykepleieren er den som planlegger sykepleie, innhenter informasjon, kartlegger, utøver sykepleie og evaluerer (Kristoffersen, 2005). Vi savner et manglende fokus på pasientens rolle i å medvirke i planlegging og utøvelse av behandlingen, da dette er helt sentralt i arbeidet med diabetespasienter (Jallinoja et. al, 2007).

Det er pasienten selv som sitter med mesteparten av kunnskapen rundt sin egen sykdom, og besitter dermed egne ressurser, som sykepleiere kan vi bidra med faglig kompetanse slik at vi legger til rette for at pasienten selv skal kunne ta kontroll over de beslutningene som tas vedrørende endring av livsstilen. Ved å gi pasienten en dytt i riktig retning, og å opptre støttende og empatisk i henhold til pasienten, vil det dermed skape rom for pasienten til å kunne reflektere over egen sykdom og videre behandling ut ifra hans prioriteringer og håp for fremtiden (Eide & Eide, 2007). Manglende engasjement og oppfølging av råd fra pasienten sin side har vist seg å påvirke sykepleieren i den grad at empati og forståelse svekkes (Jansink, 2010). Det er veldig viktig at vi holder motivasjonen oppe og bedømmer, slik at vi kan ha en positiv innvirkning på pasienten og fortsette å støtte på veien mot endringer og bedring. Pasienten gir selv uttrykk for når vedkommende er klar for å ta steget videre. Dette er svært viktig å huske på i forhold til at brukermedvirkning er helt sentralt i arbeidet med diabetespasienter, pasientens innsats er helt avgjørende i forhold til resultatet av behandlingen

(Allgot, 2011). Samtidig vil dette kunne være en utfordring da kunnskapen pasienten sitter på ikke alltid kommer fra troverdige kilder (Braspenning et.al, 2010 & Finsbråten & Petterson, 2012). Her er det derfor viktig at vi har lagt til rette med god undervisning, slik at pasienten på en bedre måte kan medvirke avgjørelsene og selv kan sette seg realistiske mål og vite hvordan de kan oppnås. Undervisning dreier seg om at sykepleieren fremmer kunnskaper og ferdigheter hos pasienten, likevel må man huske at dette er en samhandling (Graue & Haugstvedt, 2011). Vi må derfor legge bort ”pekefingermentaliteten” som mange mener henger igjen ifra gamle rutiner. Før var det mer fokus på å belære pasienten og gi råd, istedenfor å involvere pasienten i beslutningene som må tas (Jansink et al., 2010).

## 6.0 Konklusjon

Sykepleie er en sammensetning av fagkunnskap og verdier. Gode faglige kunnskaper må ligge i grunnen for all utøvelse av sykepleie, men hvordan handlingene utøves er avgjørende for å skape en god opplevelse hos pasienten. En rekke forfattere og sykepleiere har opp i gjennom tiden satt sine ord på hva sykepleie er og hvordan den skal utøves. Det er mange ulike hovedfokus, men allikevel er det noe felles. Det å se mennesket som individ og vedkommendes helsetilstand er sentralt. Det er viktig at man har god kommunikasjon og godt samarbeid med pasientene, og dermed tilpasser sykepleien til hver enkelt. Sykepleiere skal vise omsorg og ha god helse, mestring og livskvalitet som mål. Som sykepleier er det vårt ansvar å ivareta det idealet som er bygget opp gjennom historien, og fremme vår profesjon på en god måte. All sykepleie styres derfor på grunnlag av verdier som forventes av alle som utøver faget (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier hvordan vi som sykepleiere skal utøve god sykepleie i praksis, hva som er vår plikt og hvilke verdier vi bygger på. Grunnmuren for all sykepleie beskrives slik:

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011, s.7)

Vi fokuserer på den tiden vi har med pasienten på sykehuset, denne tiden skal være så kort som mulig og tidsrommet her er derfor begrenset, det krever da riktig fokus, prioritering og kunnskap for å få gode resultater på denne korte tiden (Ribu, 2008). Målet er at pasienten skal bli klar for hjemreise så snart som mulig, det krever god planlegging, kartlegging av pasienten og at man klarer å skape en god relasjon med pasienten fra starten av. Livsstilsendringer er dominerende i behandlingen av diabetes type 2 og det er derfor det vi har fokus på i samarbeid med pasienten (Borch-Johnsen, 2004). Få behandlingsformer har så stor innvirkning på pasientens daglige liv som endring av levevaner (Aas, 2011). Vi står derfor foran en svært utfordrende jobb og vår viktigste rolle i dette samspillet er å tilegne pasienten nødvendige kunnskaper, veilede, støtte og motivere. Vi konkluderer med at motiverende intervju er et godt redskap i møte med disse pasientene, det kreves gode kunnskaper og holdninger hos sykepleieren for og nå frem til pasienten. Det er en tidkrevende prosess og det er viktig og følge pasientens tempo uten at sykepleieren selv mister motivasjon og tro på pasienten (Jansink et al., 2010). Selv om pasienten er i fokus og er den som skal ta

beslutningene om endring og sette sine mål, er det viktig at vi som sykepleiere styrer i riktig retning. I noen tilfeller vil vi være nødt til å ta opp vanskelige temaer og realitetsorientere, dette må vi gjøre uten å være redd for å sette relasjonen til pasienten i fare. Forskning viser at sykepleiere ofte unngår å havne i slike situasjoner nettopp på grunn av dette, det kan føre til manglende forståelse for helheten av sin situasjon for pasienten (Jansink et al., 2010).

Vi ønsker å være en ytre motivasjonsfaktor for pasienten, samtidig som hovedmålet er at vi trigger motivasjonen til pasienten som kommer innefra. Vi vil vekke interesse hos pasienten og få pasienten til å sette seg personlige mål og bygge seg opp forventninger og tro på seg selv (Karlsen, 2011). Vi må tilegne pasienten de riktige kunnskapene for at de skal kunne ta de riktige valgene i hverdagen og følge opp behandlingen på en tilstrekkelig måte. Vi må gi tydelig informasjon og råd, slik at vi ikke risikerer mistolkning av informasjon (Oftedal et al., 2011). Brukermedvirkning er helt avgjørende for at behandlingen skal kunne gjennomføres og det er pasienten selv som har hovedansvaret for behandlingen. Forskning viser at den største utfordringen for oss som sykepleiere i denne prosessen, er at pasientene selv ikke ønsker eller er klar for forandringer (Jallinoja et al., 2007). For å ta til seg ny kunnskap og anvende den kreves det motivasjon, vi må derfor gjøre det vi kan for å få pasienten motivert (Karlsen, 2011). Uansett hvor i endringsprosessen pasienten er, er vi pliktig til å forsøke å tilegne pasienten nødvendige kunnskaper. Vi må vurdere hvordan denne informasjonen blir mottatt, kontrollere at pasienten forstår informasjonen og sammen legge en plan for videre behandling og oppfølging. Hvis vedkommende på dette stadiet ikke er motivert for endring på tross av vår innsats, må vi legge til rette for tettere oppfølging etter hjemreise i form av videre henvisning og anbefalinger til helsetjenester som kan være til hjelp. Denne oppgaven har gitt oss et bredere spekter av kunnskap på området, og gjør oss bedre rustet til å møte lignende situasjoner i praksis.



## 6.0 Litteraturliste

- \*Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I M. Graue & A. Skafjeld (Red.). *Diabetes* (s.123-146). Oslo: Akribe AS **Antall sider: 24**
- \*Aas, A.-M. (2004). Kost og diabetes. I Vaaler, S.(Red.), *Diabeteshåndboken* (3. utg.). s.106-115 Oslo: Gyldendal bokforlag AS. **Antall sider: 10**
- \*Allgot, B. (2011). Diabetes I et brukerperspektiv. I M. Graue & A. Skafjeld (Red.). *Diabetes*. (s.205-215). Oslo: Akribe AS **Antall sider: 11**
- \*Birkeland, K., Henriksson, J. & Østensson, C. J.(2008). Diabetes mellitus – type 2. I Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. s. 294-304. Oslo: Helsedirektoratet. **Antall sider: 11**
- \*Borch-Johnsen, K.,(2004). Type 2 diabetes: nasjonalt og internasjonalt. I S. Vaaler (Red.). *Diabeteshåndboken*. (s. 20-25). Oslo: Gyldendal bokforlag AS. **Antall sider.: 5**
- \*Bru, E., Karlsen, B. & Oftedal, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 25, 735–744. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x **Antall sider: 10**
- \*Cavanagh, S.J. (2010). *Orems model i praksis*. (2.utg., kap.1). Oversatt av Kristensen, K.A. København: Munksgaard Danmark. **Antall sider:19**
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning* (5. Utg.). oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2001). *Pedagogiske utfordringer- for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*.(2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Diabetes forbundet. (2012). *Diabetes type 2*. Lokalisert på:

[http://www.diabetes.no/no/Om\\_diabetes/Diabetes\\_type\\_2/](http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/Diabetes_type_2/)

**Antall sider:1**

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Finbråten, H.S. & Pettersen. K.S. (2012). Diabetes sykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters health literacy. *Vård i nord*.32(3), 47-52.

**Antall sider: 6**

\*Graue, M. & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld & M. Graue (red.) *Diabetes* (s.237-253) Oslo: Akribe AS

**Antall sider: 17**

\*Helsedirektoratet. (2009). *Diabetes-forebygging, diagnostikk og behandling*. Lokalisert på:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalfagligretningslinjerdiabetes/Publikasjoner/>

Nasjonalfagligretningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf

**Antall sider: 133**

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Ivarsson, B.H. (2010). *Motiverende intervju, praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Forlag AB

**Antall sider: 64**

\*Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 25:244-249.  
Doi:10.1080/02813430701691778 **Antall sider: 6**

\*Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*. Doi: 10.1186/1471-2296-11-41 **Antall sider: 8**

Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I E. Bach-Gansmo, J. Mjell & S. Ørn (Red.). *Sykdom og behandling*. (s. 380-391) Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen-nøkkel til bedret mestring. I M. Graue & A. Skafjeld (Red.). *Diabetes*. (s.216-236). Oslo: Akribe AS **Antall sider: 20**

\*Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J.Kristoffersen, F.Nortvedt og E.-A.Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. (s.13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS **Antall sider: 87**

\*Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2005). Om sykepleie. I N.J.Kristoffersen, F.Nortvedt og E.-A.Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. (s.13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS **Antall sider: 15**

\* Malterud, K. & Walseth, L. T. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 124: 65-66. Lokalisert på:  
<http://tidsskriftet.no/article/953695> **Antall sider: 2**

\*Meyer, I.F & Lindseth, I.. (2010). *Lev godt med type 2 diabetes - eller bli kvitt den*. Høvik: Forlaget Vett & Viten. **Antall sider: 158**

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende Helsearbeid: Folkehelsearbeid I teori og praksis*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Ribu, L. (2008). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I U. Knudsen (Red.). *Sykepleieboken 3* (s.471-520). Oslo: Akribe AS

\*Sagen, J.V. (2011). Sykdomslære. I M. Graue & A. Skafjeld (Red.). *Diabetes*. (s.19-73).

Oslo: Akribe AS

**Antall sider: 55**

\*Vaaler, S. (2004). Klassifisering av diabetes. I S. Vaaler (Red.). *Diabeteshåndboken*. (s. 12-14). Oslo: Gyldendal bokforlag AS.

**Antall sider: 2**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011). Lokalisert på:

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YERhefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YERhefte_pdf.pdf)

Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag

**Totalt antall sider egenvalgt litteratur: 664**