



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrett

**4BACH**

Anna Marie B. Hagelia og Lars Løvmo

Veileder Kari Kvigne

## Ekstrem forvandling i et sykepleieperspektiv – Veien mot en sunnere livsstil

## Extreme makeover in a nursing perspective – The Path to a healthier lifestyle

Antall ord: 13035

Bachelor i sykepleie 6. semester

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes, og forekomsten av den er firedoblet de siste 50 årene. Vi har igjennom samtlige praksisperioder, og arbeid ved siden av skolen møtt pasienter som lider av senkomplikasjoner fra diabetes. Vi ville derfor se på mulighetene, og om det er noe vi kan bidra med for å unngå dette.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å se hva vi som sykepleiere kan gjøre for å bidra til livsstilsendring for å hindre utviklingen av senkomplikasjoner ved diabetes type 2. Vi har lagt fokuset på endringsfokuset veiledning, motivasjon og brukermedvirkning i et hjemmesykepleiescenario. Resultatene vil allikevel ha overføringsverdi til andre pasientsituasjoner.

**Metode:** Dette er et litteraturstudie som er basert på 4 forskningsartikler, en masteroppgave og annen faglitteratur. Vi har benyttet oss av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, der fire av dem er engelskspråklige. Vi har brukt faglitteratur fra pensum, og andre relevante kilder.

**Bakgrunnsteori:** Vi fant flere forskjellige veiledningsmodeller og samtalestrategier, men vi valgte å fokusere på motiverende intervju og endringsfokuset veiledning.

**Konklusjon:** Vi kom frem til at vi ved hjelp av individuell tilpasset veiledning, motiverende intervju og å styrke og bevisstgjøre brukerens medbestemmelse, kan få brukeren til å bli motivert til å gjennomføre den livsstilsendringen som trengs for å leve godt med sin diabetes. En livsstilsendring vil føre til en bedre regulering av blodglukosen, vektreduksjon, økt fysisk aktivitet og dermed redusere risikofaktorer og hindre utviklingen av senkomplikasjoner.

# Innhold

Innhold .....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Case og problemstilling.....	5
1.2 Problemstilling .....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Beskrivelse av forskningsområde.....	7
2.2 Avgrensning. ....	8
2.3 Framgangsmåte for litteratursøket .....	8
2.4 Utvalgt litteratur .....	10
2.5 Etikk .....	11
2.6 Kildekritikk .....	11
3.0 Teoridel .....	14
3.1 Diabetes mellitus type 2 .....	14
3.2 Sykepleieteoretisk referanseramme.....	16
3.2.1 Egenomsorg.....	17
3.2.2. Egenomsorgssvikt. ....	18
3.2.3. Sykepleiesystemer.....	18
3.3 Sykepleierens undervisende, veiledende og støttende funksjon, i lys av Orems egenomsorgsteori. ....	19
3.3.1 Sykepleierens undervisende funksjon .....	19
3.3.2 Sykepleierens veiledende funksjon. ....	20
3.3.3 Sykepleierens støttende funksjon. ....	20
3.4 Endringsfokusert veiledning .....	21
3.5 Motiverende intervju .....	23
3.6 Brukermedvirkning. ....	24

4.0	Endringsfokusert veiledning rettet mot terapeutisk egenomsorg og endring av livsstil ....	26
4.1	Vurdering av Ernas egenomsorgskapasitet ut ifra terapeutiske egenomsorgsbehov .....	27
4.2	Den første samtalen .....	29
4.3	Veien mot livsstilsendring.....	30
4.4	Endrede livsstilvaner varer.....	38
5.0	Konklusjon .....	39
	Litteraturliste: .....	40

## 1.0 Innledning

Gjennom samtlige praksisperioder i studietiden og arbeid ved siden av skolen i ambulansetjenesten og på sykehjem har vi gjentatte ganger møtt pasienter og brukere som lider av senkomplikasjoner av diabetes. Det være seg blindhet, diabetessår, amputerte bein eller hjerte- og karsykdommer. Vi vet at mange av disse komplikasjonene kunne vært unngått dersom god og riktig veiledning hadde blitt gitt både på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet og underveis. I vår bacheloroppgave har vi derfor valgt å fokusere på forebygging av disse senkomplikasjonene spesielt ved diabetes mellitus type 2, da vi vet at dette er den mest vanlige formen for diabetes og at antallet nordmenn med diabetes type 2 er firedoblet de siste 50 år (Diabetesforbundet, 2012). Dette er en utvikling som ikke ser ut til å stoppe (Folkehelseinstituttet, 2012). Forskning utført ved Universitetet i Stavanger, viser at 25 % av diabetikere spiser et diabetesvennlig kosthold 7 dager i uken, men bare 8 % rapporterer at de trener i henhold til anbefalte retningslinjer som er minimum 30 minutter fysisk aktivitet daglig. (Ofstedal, Bru & Karlsen, 2011). Dette viser at det fortsatt er et enormt behov for bedre veiledning og oppfølging av diabetikere i alle nivåer av helsevesenet. I vår oppgave har vi valgt å fokusere på hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien, kan bruke ulike virkemidler som motiverende intervju og endringsfokustert veiledning. For å endre en persons livsstil og levevaner fra en passiv livsstil med usunt kosthold og påfølgende dårlig regulert diabetes. Til en aktiv hverdag med et sunt kosthold og godt regulert diabetes. Ved å fokusere på motivasjonsbygging og brukermedvirkning. Vi har valgt å bruke et case inspirert fra praksisperioden i hjemmesykepleien, fordi dette gjør det lettere for oss som forfattere å gi oppgaven en rød tråd.

## 1.1 Case og problemstilling

Erna Nilsen er en kvinne som akkurat har fylt 69 år, bor alene i tredje etasje i en blokk, hun er enke etter at mannen hennes døde for fem år siden. Hun har en sønn og en datter, der sønnen Trond bor i samme by med sin kone og to barn på 12 og 15 år. Etter at mannen døde har Erna rast opp i vekt, og for ett år siden hadde hun også et mindre hjerteinfarkt. Hun er 155 cm høy og veier 87 kg. Hun har dermed en kroppsmasseindeks (KMI.) på  $36,22 \text{ kg/m}^2$ , noe som tilsvarer fedme klasse 2. Erna fikk diagnosen diabetes type 2 for 10 år siden, men det er usikkert hvor lenge hun kan ha gått med det før det. Utover hjerteinfarkt har hun ingen kjente senkomplikasjoner av diabetes.

Erna sitter det meste av dagen i hvilestolen og ser på tv. Fordi hun føler seg utrygg i senga foretrekker hun også å sove i denne stolen. Utryggheten er en kombinasjon av vanskeligheter med å puste ved flatt leie på grunn av overvekt, og frykt for å falle ut av senga. Erna har støttekontakt, som tar henne med på trilletter i rullestol en gang i uka. Hun er også med og spiller bingo i kjelleren i blokka der hun bor hver onsdag. Det er ikke uvanlig at Erna tilbringer mer enn 20 timer i døgnet i hvilestolen sin.

Erna har en veldig god appetitt og i tillegg til normale porsjoner med mat gjennom dagen spiser hun godteri og drikker brus. Hun spiser også som regel en solid porsjon dessert etter middag. Hun viser liten eller ingen forståelse for sammenhengen mellom kosthold, diabetes, fedme og inaktivitet. Dette gjelder også tilsynelatende sønnen, som har ansvar for å kjøpe inn mat til henne. Ett eksempel som illustrerer dette, er da Erna nylig hadde bursdag, fikk hun i gave av familien en kvist i ei blomsterpote som var pyntet med seigmenn og twist.

På grunn av sviktende knær og overvekt bruker Erna rullator, hun går selv korte avstander med hjelp av denne, og kommer seg på toalettet ved egen hjelp. Den siste tiden har hun blitt i tiltagende dårligere form og går stadig kortere gåturer. Hun orker sjelden å gå mer enn halve gangen i blokka før hun ønsker å snu, Erna klager ofte på tungpusthet og svimmelhet i forbindelse med gåturene, og hun har også hatt en økende vektutvikling. Nylig hadde hun et fall på badet der fem pleiere fra hjemmesykepleien måtte hjelpe henne opp. Dersom utviklingen ikke snur eller bremses er det stor sannsynlighet for at Erna får behov for døgnomsorg i løpet av få år.

**Hjemmesykepleie** Erna har hatt hjemmesykepleie siden mannen døde, for å få hjelp til å måle blodglukose, dosere medisiner og varme mat. Etter hvert har hun fått stadig mer hjelp, og i dag får hun hjelp til stell morgen og kveld, samt hjelp til frokost og middag hver dag, og dusj en gang i uken. På tiltaksplanen har hun daglig gåtøring, men kommer ofte med unnskyldninger for at det ikke passer. Hver tirsdag morgen måles fastende blodglukose, dette varierer fra 7-14 og det mistenkes at årsaken til den store variasjonen er at hun småspiser godteri om morgenen eller gjennom natta. Langtidsblodglukosen (HbA1c) har den siste tiden ligget på 10 %. Og blodtrykket er stabilt på 150/90 mm/hg

Av medisiner bruker hun Metformin 850 mg x 2 daglig for å stabilisere blodglukosen, og Marevan som doseres ut ifra ukentlig INR. (International normalized ratio) prøver. Samt 100 mg selo-zok for å senke blodtrykket og redusere belastningen på hjertet.

## **1.2 Problemstilling**

Med utgangspunkt i caset, har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til livsstilsendring for å hindre utvikling av senkomplikasjoner ved diabetes mellitus type 2 hos Erna? Med fokus på endringsfokuset veiledning, motivasjon og brukermedvirkning.

## 2.0 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode som:

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

Metode er et hjelpemiddel som brukes til å samle inn relevant data til et bestemt formål (ibid.).

Vi har valgt å skrive et litteraturstudie, av den enkle grunn at det er gitt i rammene for bachelor oppgaven. Ideelt sett skulle vi gjerne utført motivasjonsarbeid og veiledningen vi beskriver i oppgaven i praksis på personen hovedpersonen i caset er inspirert i fra, men dette er av praktiske og etiske grunner ikke mulig. Fordelen med å gjøre et litteraturstudie på denne måten er at vi i større grad styrer utviklingen av situasjonen gjennom drøftingskapittelet. På samme tid svekker dette også oppgaven, da all makt legges i våres hender som oppgaveforfattere. Vi har forsøkt å ta høyde for at utviklingen ikke nødvendigvis går den veien vi ønsker, samtidig som vi gjennom drøftingskapittelet har måtte velge en hovedretning for utviklingen.

**2.1 Beskrivelse av forskningsområde** Ettersom vi har valgt å skrive om diabetes er vi klar over at forskningsområdet er veldig stort. Vi valgte derfor og snevre inn problemstillingen til å omhandle livsstilsendring, endringsfokusert veiledning, motivasjonsarbeid og brukermedvirkning, med utgangspunkt i et case. Vi fant ikke enkeltartikler som inneholdt alle punktene, men vi har funnet artikler som omhandler viktigheten av motivasjon for å oppnå livsstilsendringer, både fra pasient- og sykepleiersperspektiv, risikoforståelse av kardiovaskulære senkomplikasjoner hos diabetespasienter og effekten av motiverende intervju for å komme i gang med livsstilsendring. Hovedtyngden på forskningsartiklene vi har brukt, ligger derfor på ulike aspekter rundt temaet motivasjon. Vi har brukt forskningsartikler basert på både kvalitative og kvantitative studier, men primært kvalitative.



## 2.2 Avgrensning.

Vi har valgt å skrive oppgaven i et hjemmesykepleieperspektiv, og har derfor lagt lite vekt på fastlegen, sykehus og diabetesteam. Brukeren i caset har enda ikke utviklet senkomplikasjoner, med unntak av et tidligere hjerteinfarkt. Vi har derfor valgt å ikke fokusere på behandling av spesifikke senkomplikasjoner som for eksempel fotsår eller synsnedsettelse, snarere generell forebygging gjennom livsstilsendringer. I arbeidet med oppgaven har vi kommet over en rekke modeller og teorier for endring og veiledning. Vi har kommet frem til at vi vil fokusere på Prochaska og DiClemtes transteoretiske modell, med Motiverende intervju og endringsfokusert veiledning som virkemidler. Vi går derfor ikke inn på andre veiledningsstrategier som løsningsfokusert veiledning eller kognitiv atferdsterapi. Til tross for at vi nevner tverrfaglig samarbeid med ergo- og fysioterapeut og er klar over at disse vil være nyttige medspillere om vi skal komme bort i lignende situasjoner i arbeidslivet har vi valgt og ikke fordype oss i dette for å beholde sykepleieperspektivet. Vi ønsker heller ikke å vie for mye oppmerksomhet til medisinsk regulering av blodsukker, da vi anser dette for primært å være en legeoppgave. Oppgaven er ment å leses av sykepleiere eller sykepleiestudenter, av den grunn forutsettes en viss grunnkompetanse. Dette medfører til at vi har valgt å ikke skrive svært grundig om for eksempel diabetes generelt i teoridelen, og i stedet fokusere på blant annet diabetes mellitus type 2, motiverende intervju og brukermedvirkning. Til tross for at vi ser at bruken av rehabiliteringsopphold, frisklivssentraler og/eller gruppeveiledning kunne vært nyttig for hovedpersonen i caset vårt, har vi valgt å ikke gå inn på dette.

## 2.3 Framgangsmåte for litteratursøket

**Søkeord:** Vi har brukt søkeord som diabetes, type 2, motivation, motivational interviewing, guiding, management, adult\*, diet, lifestyle change og nurse\*. I tillegg har vi kommet over en prosjektskisse ifra Nederland skrevet av Renate Jansink, Jozé Braspenning, Trudy van der Weijden, Louis Niessen, Glyn Elwyn og Richard Grol, som virket meget relevant for vår oppgave. Den omhandler effekten av å utdanne sykepleiere i motiverende intervju, i sammenheng med livsstilsendring hos diabetikere. Vi tok kontakt med en av forfatterne Renate Jansink, og fikk vite at resultatene fra prosjektet dessverre ikke var publisert enda, men at de var sendt inn til Scandinavian journal of primary health care. Vi fant denne

prosjektskissen meget inntresant og valgte derfor å søke etter andre artikler skrevet av disse forfatterne om diabetes og sykepleie. På denne måten fant vi artikkelen: *Effects of cardiovascular disease risk communication for patient with type 2 diabetes on risk perception in a randomized controlled trial.*

Når vi søkte på Cinahl fulltekst, med søkeordene *diabetes, type 2, motivation, management, adult\** og *diet*, kombinert med den bolske operatøren «and» fikk vi totalt 5 treff, blant annet artikkelen *Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes.* Denne er skrevet av de norske forfatterne Bjørg Oftedal, Edvin Bru og Bjørg Karlsen og publisert i *Scandinavian journal of caring sciences.* Senere fant vi et norsk sammendrag av denne artikkelen på sykepleien.no. Da vi søkte på den norske tittelen på dette sammendraget «*Motivasjon til egenbehandling blant voksne med diabetes 2*» i bibsys, fant vi en masteroppgave skrevet av Kristin Frantsen med tittelen «*Motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes – En utfordring for sykepleiere*». Denne er skrevet i samarbeid med artikkelen til Oftedal, Bru og Karlsen, men har isteden fokusert på sykepleierne som behandler den samme pasientgruppen.

I populærlitteraturen kan vi ofte lese at det tar 21 dager og etablere en vane. Vi ble interessert i å finne ut av om det var gjort noen forskning som bekreftet dette. En av artiklene vi leste henviste til forskning utført av Lally, Van Jaarsveld, Potts & Wardle, vi søkte derfor opp disse forfatterne i Ebsco Host, og fikk 1 treff på artikkelen *How are Habits formed: Modeling Habit formation in the real world* publisert i *European Journal of Social Psychology.*

Den siste forskningsartikkelen vi har brukt, fant vi ved å søke etter «*diabetes and motivational interviewing*» i Cinahl. Her fikk vi totalt 10 treff og valgte artikkelen *General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes,* også publisert i *Scandinavian journal of primary health care.* Dette er en ett års oppfølgings artikkel av et prosjekt i Danmark, der allmennleger har fått opplæring i å utføre motiverende intervju for å stimulere til livsstilsendringer hos personer med diabetes type 2. Selv om dette studiet omhandler allmennleger og motiverende intervju, mener vi det har stor overføringsverdi for sykepleiere. Etersom motiverende intervju er en teknikk som enkelt kan læres av sykepleiere også (Dart, 2011).

**Databaser:** I tillegg til de databasene vi har nevnt over, har vi også gjort en del søk i andre databaser som Svemed+, Helsebiblioteket, Idunn og McMaster pluss som er et pyramidesøk.

Vi brukte de samme søkeordene i disse databasene som vi har nevnt over, men vi klarte ikke å kombinere de på rett måte slik at vi fikk for mange eller for få treff. Noe av årsaken til dette kan også være at vi var mest fortrolig med søkemotoren Ebsco host, Ovid og Cinahl fra før.

**Hva har gjort at vi har ekskludert/inkludert artikler?:** Da vi søkte etter artikler begrenset vi søket til kun å gjelde fulltekstartikler publisert etter 2007, og kun forskningsartikler.

Artiklene valgte vi ut ifra antatt relevans, på bakgrunn av tittel og sammendrag. Det var også viktig for oss at de kunne overføres til sykepleie, og at resultatene var overførbare til norske forhold. For eksempel fant vi at forekomsten av diabetes type 2 er størst i vestlige industriland, men at Island har den laveste forekomsten i verden (Sundar, 2000). Dette kunne medført feilaktige tolkninger dersom vi hadde brukt forskning fra Island. Det er også viktig at studiet er kulturelt overførbart, for eksempel vil ikke forskningen på effekten av motiverende intervju være like relevant dersom den var utført i Kina. Med unntak av masteroppgaven, har vi lagt vekt på at artiklene vi har brukt er såkalt fagfelleurdert, som vil si at de er kvalitetssikret av fagpersoner før de publiseres (Dalland, 2012).

## 2.4 Utvalgt litteratur

I tillegg til forskningslitteraturen har vi brukt en del både pensumlitteratur og egenvalgt litteratur i arbeidet med oppgaven. Primærlitteratur som *Nursing – Concepts of practice* av Dorothea Orem selv, og Marit Kirkevolds bok om *Sykepleieterorier – analyse og evaluering* samt Cavanaghs bok *Orems sykepleiemodell i praksis, har stått* sentralt i utarbeidelsen av kapittelet *Sykepleieteoretisk referanseramme*. Selv om Orem er primærkilden vår når det kommer til sykepleieteori, har det vært av stor verdi å kunne støtte oss på Kirkevold og Cavanaghs tolkninger, da det til tider er tid- og ressurskrevende å lese og analysere engelske teorier. Det er òg etter vår oppfatning, større sannsynlighet for at vi mistolker originallitteraturen, enn at anerkjente analytikere som Stephen Cavanagh og Marit Kirkevold gjør det. Eide & Eides *Kommunikasjon i relasjoner* er og viktig litteratur som vi har brukt mye i oppgaven, det samme er redaktørverket til Skafjeld og Graue; *Diabetes – forebygging – oppfølging – behandling*. Og ikke minst Michelle A. Darts *Motivational Interviewing in Nursing Practice – Empowering the Patient*. I tillegg til disse mest sentrale bøkene har vi brukt en del stoff publisert på nettsidene til Helsedirektoratet, blant annet Nasjonale faglige retningslinjer – Diabetes – Forebygging – diagnostikk og behandling, og om motiverende

samtale. Og fagartikler fra Tidsskrift for Den norske legeforening. Vi har òg hentet noe informasjon på hjemmesiden til diabetesforbundet, lovverk fra pasient- brukerrettighetsloven samt samhandlingsreformen som vi fant på nettsidene til Helse- og omsorgsdepartementet.

**2.5 Etikk:** Hovedpersonen i caset vi bruker i oppgaven, er i stor grad inspirert av en bruker vi møtte i praksis i hjemmebasert omsorg. Vedkommende er ikke blitt forespurt om det er greit at vi skriver om henne, men vi har anonymisert henne i teksten og forandret enkelte detaljer. Det vil altså ikke være mulig å identifisere henne ut i fra hva vi har skrevet. Livsstilsendringene vi fremstiller i drøftingen, har ikke blitt utført i virkeligheten.

## 2.6 Kildekritikk

Artikkelen *Motivation for diet and exercise managment among adults with type 2 diabetes* er skrevet av norske forfattere, og basert på et kvantitativt studie utført i Norge. Totalt 425 diabetikere mellom 30 og 70 år har svart på en spørreundersøkelse som kartlegger i hvilken grad de følger anbefalte retningslinjer angående kosthold og fysisk aktivitet. I alt 689 diabetikere ble forespurt å være med på undersøkelsen, dette gir en svarprosent på 61,5 %. Vi skulle gjerne sett at denne var noe høyere. En annen svakhet med studiet er at det er en viss risiko for feilrapportering når diabetikerne selv skal skrive hvor mye de trener, og hva de spiser. Vi vurderer likevel at studiet er vitenskapelig holdbart og relevant for oss, spesielt fordi det er gjort i Norge, og fordi aldersgruppen dekker alderen til hovedpersonen i caset vårt. Grunnen til at vi valgte denne artikkelen er at den blant annet viser hvor viktig det er med motivasjon for at en diabetiker skal endre en dårlig levestil og opprettholde en god livsstil.

Artikkelen *Effects of Cardiovascular Disease Risk Communication for Patients With Type 2 Diabetes on Risk Perception in a Randomized Controlled Trial* er et randomisert kontrollert studie fra Nederland der 262 pasienter med diabetes type 2, fordelt på en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe fikk henholdsvis standard diabetesomsorg, jfr. nederlandske statlige retningslinjer eller et spesielt intervensjonsprogram designet av forskerne. Deltakerne kunne ikke være eldre enn 75 år, eller ha gjennomgått slag eller ha andre cerebrale skader. Før og etter programmet ble begge gruppene testet i et risikovurderingsprogram, der en rekke ulike

parametere ble målt, for eksempel HbA1c og HDL kolesterol. Dette ble gjort for å se hvilken risiko de hadde for å utvikle kardiovaskulære senkomplikasjoner, og for å se om programmet hadde hatt noen effekt på intervensjonsgruppen. Det ble også testet hvorvidt programmet hadde noen effekt på bevissthet rundt risikoen for å utvikle kardiovaskulære senkomplikasjoner. Selv om dette studiet har færre deltakere enn studiet til Oftedal Bru og Karlsen, er det langt mer omfattende. Dette er blant annet fordi deltakerne ble fysisk fulgt opp over tid, og fordi diabetessykepleierne som behandlet pasientene i intervensjonsgruppen måtte gjennomføre en 2,5 dagers trening i intervensjonsprogrammet. Ideelt sett ville vi gjerne at studiet skulle vært skandinavisk, men det at studiet er gjennomført i Nederland trenger ikke nødvendigvis å svekke relevansen for oppgaven vår, da funnene sannsynligvis er overførbare til nordiske forhold. Grunnen til at vi valgte denne artikkelen, er at den er aktuell for aldersgruppen hovedpersonen i våres case er i, og at den viser at tradisjonell diabetes opplæring og behandling ikke er nok for at diabetikere skal opprettholde god nok egenomsorg.

Artikkelen *General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes*, er en ett års oppfølgingsrapport av et randomisert kontrollert studie fra Danmark. Studiet inkluderer totalt 65 fastleger og 265 diabetes type 2 pasienter, der halvparten av fastlegene har fått opplæring i motiverende intervju og praktiserer dette på sine pasienter i intervensjonsgruppen. Den andre halvparten praktiserer målfokusert behandling av sine pasienter i kontrollgruppen. Pasientene har svart på spørreskjema som kartlegger deres diabetesrelaterte egenomsorg. Undersøkelsen hadde en svarprosent på 87 %, noe vi vurderer som meget bra. Analysene av spørreskjema viser blant annet at pasienter i intervensjonsgruppen var signifikant mer opptatt av, og bevisst på viktigheten av å kontrollere sin diabetes, og at de hadde en bedre forståelse for muligheten av og forebygge diabetes senkomplikasjoner, og at de tok mer ansvar for egen behandling enn pasienter i kontrollgruppen. Fordi artikkelen er et randomisert kontrollert studie og fordi studiet går over lang tid vurderer vi troverdigheten og påliteligheten som høy. Det er også positivt at den er utført i Danmark, da det etter vår oppfatning har stor både kulturell og klinisk overførbarhet til norske forhold. Vi skulle gjerne sett at studiet var gjennomført med sykepleiere i stedet for fastleger, men vår vurdering er at dette ikke vil innebære vesentlige forskjeller i resultatet. Vi valgte artikkelen fordi den bygger opp under vår tro på motiverende intervju som et nyttig verktøy i endringsfokusert veiledning.

Artikkelen *How are Habits formed: Modeling Habit formation in the real world*, er basert på et studie utført ved University College London. 96 frivillige studenter deltok ved å forsøke å etablere en ny spise, drikke eller aktivitetsvane. Hver dag fylte de ut rapporteringsskjemaer, hvorav 82 var gode nok til å brukes i studieanalysen. Funnene viser blant annet at det tar mellom 18 og 254 dager og etablere en ny vane slik at den blir 95 % automatisert. Svakheten med dette studiet er at det studerer en yngre aldersgruppe enn det som er aktuelt for vår hovedperson. Deltakerne i studiet har også fått tilbud om 30 pund for å delta, dette gjør at deltakermassen ikke er tilfeldig utvalgt. Vi skulle og gjerne sett at antallet deltakere hadde vært noe høyere. Vi har allikevel valgt å ta med artikkelen, da den viser at det er store individuelle forskjeller på hvor lang tid det tar å etablere en vane. Dette styrker etter vår oppfatning kravet om individuelt tilpasset sykepleie.

Vi har også brukt Masteroppgaven *Motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes – en utfordring for sykepleiere*. Oppgaven er skrevet av Kristin Frantsen ved Universitetet i Stavanger, og er et kvalitativt studie. Hun har intervjuet 10 sykepleiere som daglig jobbet med diabetespasienter enten i primær- eller spesialisthelsetjenesten, for å finne ut av hvordan de i praksis stimulerer til motivasjon for livsstilsendring og oppnåelse av tilfredsstillende egenbehandling hos voksne med diabetes type 2. Funnene viser at sykepleierne jobber mye med motivasjon på ulike måter uten å være bevisst på det, og for at de skal kunne mestre å gi motivasjon til de mest utfordrende pasientene, trenger de opplæring i ulike aktuelle veiledningsteknikker. Frantsen har skrevet oppgaven som en del av prosjektet Oftedal Bru og Karlsen har basert sin artikkel på, Karlsen og Oftedal har også fungert som veiledere til oppgaven. Dette medfører at artikkelen og masteroppgaven ikke kan sies å være helt uavhengig av hverandre, men ettersom Frantsen har fokusert på sykepleieperspektivet, mener vi den er for relevant til ikke å bruke den.

## 3.0 Teoridel

Dette kapittelet vil ta for seg litt om hva diabetes er, og ulike anbefalinger når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet. Vi har valgt å benytte oss av Orems egenomsorgsteori, og hennes syn på sykepleierens veiledende undervisende og støttende funksjon. Videre vil vi skrive om endringsfokusert veiledning, motiverende intervju og brukermedvirkning.

### 3.1 Diabetes mellitus type 2

I Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes, forebygging, diagnostisering og behandling (2009), brukes følgende definisjon av diabetes hentet fra verdens helseorganisasjon (WHO.):

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom med mange årsaker, karakterisert ved kronisk hyperglykemi med forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Diabetes skyldes nedsatt eller manglende insulinsekresjon i forhold til behovet, eventuelt kombinert med redusert insulinvirkning (s. 22).

I motsetning til diabetes type 1 har personer med diabetes type 2 fortsatt insulinproduksjon, men fordi de har utviklet en insulinresistens, virker den dårligere enn den normalt ville gjort. En kan si at insulinproduksjonen relativt sett er for liten (Diabetesforbundet, 2012). I tillegg til insulinresistens, produserer også personer med diabetes type 2 for mye glukagon (Jenssen, 2011). Insulin er et hormon som produseres i betacellene i langerhanske øyer, og har som oppgave å stimulere cellenes opptak av glukose fra blodet, slik at blodglukosen synker og det kan omdannes til energi (Bjålie, Haug, Sand & Sjaastad, 2006). Glukagon er et hormon som produseres av alfaceller i langerhanske øyer, og virker ved å øke blodglukosen. Dette gjøres ved at glukagon stimulerer til å frigjøre glukose fra leveren, slik at glukosekonsentrasjonen i blodet stiger. Dette fører til at personer med ubehandlet eller dårlig regulert diabetes type 2 vil gå rundt med et mer eller mindre konstant forhøyet blodglukosenivå uten at cellene får utnyttet dette på en god måte (Jenssen, 2011).

Å gå med forhøyet blodglukose over tid er skadelig for blodkarene, og kan ha en rekke uheldige komplikasjoner, både såkalte mikrovaskulære- og makrovaskulære komplikasjoner. Mikrovaskulære komplikasjoner rammer først og fremst organer som øyne, nyrer og nervertråder. Når det rammer øynene kalles det retinopati, dette opptrer hos om lag 75 % av

diabetikere og kan i ytterste konsekvens føre til blindhet, dette kan ved sjeldne tilfeller opptre akutt (ibid.). Diabetesrelaterte komplikasjoner i nyrene kalles diabetesnefropati og er ikke like vanlig som retinopati (15-25 %). Dersom blodglukosen ikke reguleres vil det over tid føre til nyresvikt, med påfølgende behov for dialyse eller nyretransplantasjon (ibid.). Skader i nervesystemet kalles nevropati. Nevropati rammer som oftest det perifere nervesystemet, og vil ofte føre til nedsatt følsomhet i hender og føtter. Når det i tillegg kan oppstå deformiteter i fotbuen, gjør det diabetikere ekstremt utsatt for trykksår og gnagsår på føttene (ibid.). Dette i kombinasjon med de makrovaskulære senkomplikasjonene nevnt nedenfor, kan føre til at såkalte diabetessår har svært vanskelig for å gro. Årlig foretas det så mange som 400-500 fotamutasjoner på grunn av diabetes (Diabetesforbundet, 2011).

Makrovaskulære komplikasjoner rammer i hovedsak tre områder i kroppen: Hjertet, hjerne og beina. De vanligste makrovaskulære komplikasjonene skyldes aterosklerose, altså plakkdannelse i arteriene. Dette kan i ytterste konsekvens føre til angina pectoris eller infarkt i hjertet. Transitorisk iskemisk anfall (TIA), hjerneinfarkt, eller sirkulasjonssvikt i fot og legg (ibid.).

Diabetes type 2 rammer som oftest personer med overvekt, økt midjeomkrets, høyt blodtrykk og høye nivåer av triglyserider i blodet. Dette er i seg selv faktorer som øker risikoen for hjerte- karsykdommer (Jensen, 2011).

**Diabeteskosthold:** De kostholdsrådene som gis til diabetikere er ikke så forskjellig fra de kostrådene som blir gitt til alle, men viktigheten av å følge disse rådene er desto større ved en diabetes diagnose. Det er noen elementer som skiller seg fra vanlige anbefalinger, som frukt med mye sukker, kan gi en rask blodglukoseøkning, og må tas i betraktning når en har diabetes. Søtningsmidler kan bli brukt som erstatning for sukker, da dette ikke påvirker blodglukosen, men gir en søt smak. Det er anbefalt å kartlegge brukerens kostvaner, slik at en kan tilrettelegge kostveiledningen til den enkeltes behov og daglige rutiner (Helsedirektoratet, 2009). Det mest effektive vil være om veiledningen går ut ifra de kostvaner brukeren har i dag, og endrer eller justerer kun det som er mest nødvendig. For å gjøre dette må en kartlegge hvert måltid brukeren har, for å se hvor det er mulig å gjøre endringer (Aas, 2011).

Ifølge diabetesforbundet (2010) er det anbefalt for diabetikere å følge tallerkenmodellen, som sier noe om hva en middagstallerken består av. Det vil i korte trekk innebære at 50 % av asjetten skal bestå av grønnsaker, 25 % skal bestå av fisk eller kjøtt, og 25 % skal bestå av



fullkornspasta, naturris eller poteter. Nøkkelhullmerket er en markering på produkter som inneholder mindre salt, fett sukker og/eller mer fiber enn tilsvarende matvarer i samme gruppe (Nøkkelhullsmerket, 2012). Det er ikke slik at nøkkelhullsmerkede varer er sunne, men det sier bare at denne varen er sunnere enn de andre tilsvarende varende. Ett eksempel på dette er grandiosa pizza, selv om den ene grandiosan er merket med nøkkelhull, er ikke grandiosa sunt, men den varen er sunnere enn de andre grandiosane. Brød har også en tilsvarende merkeordning som kalles brødskala. Dette er en merkeordning som viser hvor mange prosent sammalt mel, hele korn eller kli det er i brødet. Merket ser ut som en kake delt i fire, da tre og fire fargede områder sier at brødet er grovt (Opplysningskontoret for brød og korn, 2013).

**Fysisk aktivitet:** I nasjonale faglige retningslinjer anbefales det ved diabetes type 2, minst 30 minutters fysisk aktivitet daglig. For å oppnå en vektreduksjon, er det anbefalt å øke det fysiske aktivitetsnivået til 1 time om dagen med moderat eller høy intensitet. Aktivitetene kan også deles inn i mindre intervaller i løpet av dagen, slik at en ikke trenger å utøve fysisk aktivitet i en time av gangen. (Helsedirektoratet, 2009). Fysisk aktivitet bedrer insulinfølsomheten, og øker dermed opptaket av glukose. Fysisk aktivitet er også effektivt for å redusere faren for hjerte- kar sykdommer, fedme og forhøyet blodtrykk (Helsedirektoratet, 2009). Det er anbefalt å trene både kondisjon og styrketrening da begge former bedrer insulinfølsomheten som bidrar til en mer stabil blodglukose. Opplegget for treningen må tilrettelegges den enkelte, slik at hver bruker får en egnet treningsform, varighet og hyppighet. Det er anbefalt å rådføre seg med lege før det gjøres store endringer i aktivitetsnivået (Sagen, 2011).

### **3.2 Sykepleieteoretisk referanseramme**

Orem mener at målet for sykepleie er å hjelpe pasienten til å klare seg selv, så langt det lar seg gjøre (Cavanagh, 1999). Kirkevold (1998) sier at Orem selv mener hun ikke har bygget teorien sin på andre teorier, men ifra egne erfaringer, refleksjoner og via hennes arbeid om å utvikle lærerplaner for sykepleie. Orems teori om egenomsorgssvikt har tre delteorier, den ene er egenomsorgsteori, teori om egenomsorgssvikt og en teori om sykepleiesystemer.

**3.2.1 Egenomsorg** er menneskets egne evne til å ivareta seg selv via handlinger som er nødvendig for å overleve, bevare god helse og velvære. Egenomsorg er noe en gjør bevisst og på eget initiativ, for å ivareta ens egenomsorgskrav. Egenomsorg er inndelt i tre forskjellige operasjoner, vurderende, planleggende og produktive operasjoner. I disse inngår det å se hva slags omsorg en selv har bruk for, planlegge hvordan en har tenkt å gjennomføre det, og så gjennomføre selve egenomsorgen (Kirkevold, 1998). Egenomsorgsbehov vil derfor styre hva slags egenomsorg et menneske trenger. Orem deler egenomsorgsbehovene inn i tre deler.

Vi har universelle egenomsorgsbehov, som gjelder alle mennesker uansett hva slags fase de er i livet. De universelle egenomsorgsbehovene, er de viktigste fysiske, psykiske, sosiale og åndelige deler av livet. De går ut på å få nok luft, vann og mat. Det er behov for eliminasjon og skille ut avfallsstoffer ifra kroppen. Balanse mellom aktivitet og hvile, og balanse mellom sosiale aktiviteter og å være alene. Alle har behov for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære og fremme menneskelig funksjon og utvikling (Cavanagh, 1999).

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er behov som kommer i forhold til menneskelig utvikling og modning. Disse behovene deles inn i to kategorier, bestemte utviklingsstadier og forhold som påvirker menneskelig utvikling (Cavanagh, 1999).

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov oppstår når et menneske blir sykt, skadet, får funksjonssvikt eller er under behandling av lege. Dette vil føre til større krav til egenomsorg, eller kompenserende sykepleiesystemer. Ett eksempel kan være ved en forkjølelse, da vil en person trenge mer hvile enn vanlig. Ved skade eller sykdom, blir individets oppgave å skaffe seg den hjelp og assistanse ifra de som har kompetanse innen det aktuelle feltet og å søke hjelp til å lære seg å leve med den nye tilstanden. Dette for å oppnå optimal egenomsorg, slik at individet etter hvert kan håndtere sykdom eller følger av den selv, eller at legen hjelper med egenomsorgen i form av å gi individet behandling (Cavanagh, 1999). I Ernas tilfelle har hun et helsesviktrelatert omsorgsbehov, ved at hun lider av fedme og har fått diagnosen diabetes mellitus type 2.

**Terapeutiske egenomsorgskrav:** Er summen av alle egenomsorgsaktiviteter ett individ trenger for å dekke alle universelle, utviklings- og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 1999).

**Egenomsorgskapasitet** Er den evnen individet har til å utføre og delta i egenomsorg selv. Til å ivareta sine terapeutiske egenomsorgskrav ved å sette seg mål og å gjennomføre konkrete, og nødvendige handlinger for å opprettholde liv, helse og velvære. En må kunne tolke sine egenomsorgskrav, og en må kunne planlegge hva slags egenomsorg som må til for å oppfylle disse. Det er de mentale, psykologiske og fysiske faktorene som er vesentlig ved egenomsorg (Kirkevold, 1998).

**3.2.2. Egenomsorgssvikt.** Det kan være mange årsaker til egenomsorgssvikt, det kan være mangelfulle kunnskaper, begrensninger i evnen til å vurdere og ta avgjørelser eller det kan være begrensninger i evnen til å utføre handlinger som gjør at en ikke lenger er i stand til å ivareta sine egne behov. Det er altså et misforhold mellom den totale egenomsorgen en person trenger, og den kapasiteten personen har for å ivareta disse. Egenomsorgssvikt kan være delvis eller fullstendig, som sier noe om i hvor stor grad personen klarer å ivareta sine egenomsorgsbehov (Kirkevold, 1998).

**3.2.3. Sykepleiesystemer.** Serie av bevisste handlinger som sykepleiere til visse tider utfører i samordning med pasientens handlinger. Dette for å møte bestemte komponenter i pasientens terapeutiske egenomsorgskrav, i den hensikt å beskytte eller fremme utøvelsen eller utviklingen av pasientens egenomsorgskapasitet. Sykepleiesystemene kan deles inn i helt kompenserende sykepleiesystemer, delvis kompenserende sykepleiesystemer og støttende eller undervisende sykepleiesystemer (Cavanagh, 1999).

Ved helt kompenserende sykepleiesystem, tar sykepleieren over pasientens egenomsorg. Dette gjøres når pasienten av ulike årsaker ikke klarer å ivareta sine universelle egenomsorgsbehov. Da overtar sykepleieren disse inntil pasienten eventuelt klarer å gjøre dette selv igjen. Sykepleierens rolle blir å overta egenomsorgen, støtte, beskytte, gjøre vurderinger og ta avgjørelser for pasienten (Cavanagh, 1999).

Ved delvis kompenserende sykepleiesystem er pasienten i større grad med på å ta avgjørelser og utføre handlinger. Dette er for eksempel nødvendig ved nedsatt bevegelse, av ulike årsaker. Ved mangelfulle kunnskaper eller ferdigheter til å dekke alle sine egenomsorgskrav.

Ved psykiske årsaker, som hvis pasienten ikke er klar for å lære eller utføre. Sykepleierens rolle vil bli å overta de nødvendige handlinger for å dekke egenomsorgskravene, ved å kompensere for egenomsorgssvikten til pasienten og assistere pasienten der det trengs (Cavanagh, 1999).

Ved støttende og undervisende sykepleiesystem klarer bruker å ivareta sin egenomsorg. Pasienten trenger kanskje assistanse fra sykepleier en periode mens de lærer å tilpasse seg en ny situasjon. Sykepleierens rolle kan være å hjelpe brukeren med å ta avgjørelser, eller å lære bort kunnskaper og ferdigheter. Her kreves det at vi som sykepleiere underviser brukeren, eller tilrettelegger i miljøet for å unngå at brukeren skal bli distraheret fra læringen. Sykepleierrollen kan også være mer rådgivende, dersom brukeren trenger informasjon over en periode, eller har de bare trenger en oppdatering (Cavanagh, 1999).

### **3.3 Sykepleierens undervisende, veiledende og støttende funksjon, i lys av Orems egenomsorgsteori.**

#### **3.3.1 Sykepleierens undervisende funksjon**

Undervise noen er en god metode for å hjelpe noen som trenger opplæring for å utvikle kunnskap eller spesielle ferdigheter. Det er ikke sikkert brukeren lærer noe selv om vi underviser. Dette kan skje hvis personen er i en tilstand der vedkommende ikke er klar for å lære for eksempel i forbindelse med kriser. Om vedkommende er uvitende om at han eller hun ikke vet, eller hvis brukeren bare ikke er interessert i å lære. For å kunne bruke undervisning som metode må en vite hva det er pasienten trenger å vite. For eksempel kan ikke en sykepleier lære brukeren å følge en spesiell diett, hvis brukeren ikke vet næringsinnhold og kalori innhold i forskjellige matvarer. Veilede til å gjøre tilpasninger i brukerens valg av matvarer er også nødvendig. Sykepleieren må vurdere pasientens bakgrunn og erfaring, livsstil og vaner i hverdagen. Hun må ha evne til å oppfatte og tenke, og hun må ha kjennskap til egenomsorgens forutsetninger for å kunne formidle kunnskapen til brukeren. Undervisning er ikke noe som kun foregår i et klasserom, men kan utføres hvor som helst. Hvis en sykepleier er i nærheten av en bruker ved måltider, kan sykepleieren gi en mulighet til å kunne stille spørsmål knyttet til kosthold. Sykepleiere som kan forklare hva hun gjør når hun

utfører forskjellige tiltak, som å skifte en stomi, kan føre til at brukeren blir interessert i å lytte, observere og stille spørsmål som gjelder prosedyren (Orem, 2001).

En bruker som er interessert kan lære mye av å observere en sykepleier utføre aktiviteter, som for eksempel måle et blodglukose. I andre tilfeller må brukeren engasjere seg i spesifikke og planlagte læringsprosesser, som å lese og drøfte/ diskutere. Læringsprosesser kan også være relatert til å løse problemer som om hvor mye brød, potet eller ris som vil gi en passende mengde karbohydrater i ett kosthold. I noen tilfeller kan det være at brukeren trenger å kjenne til virkning og bivirkning av medikamenter, og hva som er vanlig og ikke (ibid.). Når noen mottar undervisning, må de ideelt sett se seg selv som studenter og innse at undersøke, øve, observere og praktisere er nødvendig. Den som underviser må se seg selv som en lærer som dirigerer og veileder i lærings situasjoner (ibid.).

### **3.3.2 Sykepleierens veiledende funksjon.**

Veiledning anses som en fremgangsmåte for å bistå personer i situasjoner der det må gjøres valg. Dette kan for eksempel være ved valg av en fremgangsmåte fremfor en annen, eller der en person følger en fremgangsmåte, men trenger rettleiding eller tilsyn. Denne metoden krever at personen som mottar og den som veileder har en god kommunikasjon. Den som mottar veiledning må være motivert og i stand til å utføre aktivitetene som kreves. Den veiledningen som blir gitt må være hensiktsmessig, enten det er snakk om forslag, instruksjoner, direksjoner eller tilsyn. Sykepleieren kan for eksempel foreslå at pasienten burde hvile, og gi noen gode argumenter for hvorfor han burde det (Orem, 2001).

### **3.3.3 Sykepleierens støttende funksjon.**

Det å støtte ett menneske betyr å «støtte i ett forsøk» for dermed å forhindre at brukeren mislykkes eller unngå ubehagelige situasjoner eller valg. Det kan også være en person som trenger støtte til å gjøre noe, for å unngå unødvendig stress. Støttende aktiviteter er en gyldig måte å assistere på når en bruker møter noe som ubehagelig eller vondt. Brukeren må være i stand til å kontrollere og dirigere handlingene i en situasjon når de har mottatt psykisk eller

fysisk støtte. Et eksempel kan være en bruker som er syk og sengeliggende men som får komme opp av sengen for å gå korte strekninger.

Det at sykepleieren er tilstede og oppmuntrer og forsikrer pasienten om at alt vil gå bra, kan være like viktig som den fysiske hjelpen brukeren trenger for å klare å gå ut av sengen. Det er sykepleierens oppgave å bedømme hvor mye hjelp brukeren bør ha og hvor mye brukeren tåler og når en må bryte inn. Å vite når en må bryte inn krever forståelse og kunnskap. Ved å gi fysisk og emosjonell støtte kan sykepleieren oppmuntre brukeren til å starte eller fortsette i en aktivitet, oppmuntre til å tenke over en situasjon eller til å ta en avgjørelse (Orem, 2001).

### **3.4 Endringsfokusert veiledning**

Eide og Eide (2007) omtaler den såkalte transteoretiske modellen til Prochaska og DiClemte. Denne deler forandringsprosessen opp i fem ulike faser: føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen. Videre beskriver de tre ulike metoder innen veiledningspedagogikk som de kaller for: Endringsfokusert veiledning, løsningsfokusert veiledning og kognitiv adferdsterapi. Vi velger å fokusere på endringsfokusert veiledning, da vi mener denne er mest relevant og aktuell for vår oppgave.

I endringsfokusert veiledning tar en utgangspunkt i brukerens problem. For eksempel er sykepleieprosessen en metode som er endringsfokusert (Eide & Eide, 2007). Utfordringen med brukere og pasienter som trenger livsstilsendringer er ofte at de ikke ser problemet eller er motivert for å gjøre noe med det (ibid.). En må derfor i den første fasen legge mer vekt på relasjonsbygging enn problemfokusering, slik at brukeren får trygghet, rom og tillit til å kjenne etter problemene sine. En moraliserende tilnærming kan ofte virke mot sin hensikt (ibid.). Vi vil her kort presentere de ulike første fasene i endringsfokusert veiledning etter den transteoretiske modellen.

**Føroverveielsesfasen** Når personer er i denne fasen, er de ikke klare for endring, men har kanskje gjort seg noen tanker om problemer i egen atferd. I følge Eide og Eide (2007) er målet i denne fasen å øke brukerens bevissthet rundt behov for endring, uten bruk av moralisering og pekefingerpedagogikk da dette snarere kan virke mot sin hensikt.

Relasjonsbygging er også viktig i denne fasen, dette oppnås blant annet med forståelse for

brukerens valg og situasjonen hun er i (ibid.). Dersom brukeren skulle gi uttrykk for ønske om forandring eller fremsetter ønsketenkning er det viktig å gi positiv respons på dette (ibid.).

**Overveielsesfasen** går i følge Eide og Eide (2007) ut på å bygge opp selvtillit og etablere en motivasjon for endring, en må fortsatt ha fokus på å øke problembevisstheten, og styrke selvtilliten. En person vil ofte ha ambivalente følelser rundt det å forandre på noe, og det kan være lurt av sykepleieren å få brukeren til å reflektere høyt rundt dette. Dette gir begge et bilde av endringens vanskelighetsgrad og brukerens mestringsevne (ibid.).

**Forberedelsesfasen**, er fasen der en person har bestemt seg for at noe skal forandres, men ikke har begynt å forandre på det enda (Eide & Eide, 2007). Målet for denne fasen er å samarbeide om en strategi og utarbeide en plan. For sykepleieren innebærer dette å støtte brukeren gjennom beslutningsprosessen, og i samarbeid finne ulike alternativer og definere kortsiktige og langsiktige mål. Det kan også være lurt å velge en belønning for når de ulike målene oppnås (ibid.). Til slutt kan det være lurt å lage en skriftlig plan, da dette gir brukeren noe å være lojal mot underveis. Denne fasen kan også brukes til å kartlegge brukerens mestringstillit, det vil si hvor trygg vedkommende er på å klare de planlagte forandringene. Dette kan for eksempel gjøres ved hjelp av skalaspørsmål, der en spør brukeren: «På en skala fra 1- 10, hvor trygg er du på at du vet hva du skal gjøre for å forandre livsstilen du har i dag?» og «Hvor trygg er du på at du klarer å forandre den?» (Eide & Eide, 2007).

**Handlingsfasen:** Det er i denne fasen selve endringen skal skje. Her blir først forandringen synlig for andre, og denne fasen krever mye innsats fra brukeren. Endringen kan bestå av forandring i både atferd, tanker og miljø (Eide & Eide, 2007). Denne fasen begynner idet brukeren starter forandringen, og varer helt til den nye atferden er blitt til en vane (Helsedirektoratet, 2009). I følge forskning utført ved University College London, av Lally, Van Jaarsveld, Potts & Wardle (2009), tar det mellom 18 og 254 dager å etablere en ny vane slik at den blir 95 % automatisert. I denne fasen er det viktig at brukeren får oppmerksomhet rundt endringene de gjør, forståelse for vanskelige tanker og følelser rundt endring og at de får en følelse av fellesskap i endringsprosessen. Her vil det være hensiktsmessig av helsepersonell og samtale med brukeren om følelser og erfaringer brukere gjør seg om endring, og påvise mestringen brukeren har gjort. Det er i starten av denne fasen som er mest krevende for den som skal endre noe, og da er det viktig at helsepersonell gir ros og oppmuntring for vedkommendes innsats (Helsedirektoratet, 2009).

**Vedlikeholdsfasen:** I vedlikeholdsfasen er det opprettholdelse av motivasjon, og hindre tilbakefall som står i sentrum. Denne fasen starter når en person har gjort endringen til en vane. Det er normalt at en person får ett tilbakefall i denne fasen, men dette er ikke ønskelig. Det er fort gjort at den som har endret noe blir i tvil om det var så viktig med endringen, eller at de kan tenke at den nye vanen er så godt innarbeidet at det gjør ikke noe å tillate seg en sprek. Dette kan for eksempel være å ta seg en røyk eller øl, hvis det er dette de har sluttet med. Om tilbakefall skulle skje, er det ikke dermed sagt at bruker må starte helt på nytt ved en ny endringsprosess, da de tar med seg erfaringer og er dermed bedre rustet ved ett nytt forsøk (Eide & Eide, 2007).

### 3.5 Motiverende intervju

Motiverende intervju eller motiverende samtale som det ofte kalles på norsk, ble først beskrevet av William R. Miller i 1983 etter at han hadde hatt vellykkede forsøk på å endre levevanene til alkoholikere (Dart, 2011). Dette var i sin tid en revolusjonerende metode, og Miller har senere, i samarbeid med Stephen Rollnick utviklet denne modellen, og publisert flere bøker (ibid.). Rollnick og Miller definerer motiverende intervju som «En samarbeidsrettet samtalestil som har til formål å styrke en persons egen motivasjon og engasjement i forhold til å gjøre endringer» (Helsedirektoratet, 2012). Motiverende intervju tar utgangspunkt i DiClemente & Proshaskas transteoretiske modell og er mest effektivt når brukeren har kommet igjennom føroverveielsesfasen (Eide & Eide, 2007). Fire hovedprinsipper er retningsgivende for motiverende intervju: **Utrykk empati**, vis forståelse for brukerens situasjon og ambivalens. **Styrk mestringstillitten**, ved å fremme selvinnsikt, rose det positive og oppmuntre brukerens valg. **Utvikle diskrepans**, altså rett brukerens oppmerksomhet mot områder i livet der det er et misforhold mellom hvordan en har det, og hvordan en ønsker å ha det. Dette for å skape en motivasjon til endring. Og til slutt: **Rull med motstand**, vis forståelse for at brukeren møter på problemer og barrierer, og aksepter negative tanker. På denne måten øker en brukerens følelse av aksept (Dart, 2011). Det er viktig å unngå å gi såkalte ja-men-svar når brukeren forteller om hvorfor det føles riktig å fortsette med de dårlige vanene. Grunnen til dette er at det kan virke mot sin hensikt og heller skape mer motstand mot forandring hos brukeren (Eide & Eide, 2007).



Forskere ved Universitetet i Aarhus i Danmark, har gjennomført studier for å se hvorvidt bruk av motiverende intervju i primærhelsetjenesten har noen positiv effekt på innstillingen til livsstilsendring hos pasienter med type 2 diabetes. De har kommet frem til at motiverende intervju har en signifikant bedre effekt på pasienters forståelse av diabetes og på motivasjon for egenbehandling og livsstilsendring, enn de som mottok tradisjonell målfokusert behandling (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, Borch-Johnsen & Christensen, 2009).

Motiverende intervju er også en av metodene som anbefales av Helsedirektoratet i Nasjonale retningslinjer- Diabetes- Forebygging, diagnostikk og behandling (2009) som et verktøy for å endre livsstilsvaner hos diabetikere.

### **3.6 Brukermedvirkning.**

Ved brukermedvirkning skal brukerens behov være hovedfokus, brukere skal aktivt få delta i beslutninger som angår dem selv. Brukere skal kunne delta i planleggingen, gjennomføringen og evaluering av tiltak som blir iverksatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). I pasient og brukerrettighetsloven § 3-1. *Pasientens og brukerens rett til medvirkning* står det at:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

Til tross for at dette er en relativt ny lov, har brukermedvirkning alltid vært viktig for diabetikere. Ifølge Allgot (2011) har diabetesforbundet jobbet bevisst for å styrke brukermedvirkning i over 60 år. Det er en rekke fordeler med brukermedvirkning i diabetesomsorgen. Allgot (2011) drar spesielt frem tre aspekter: Den ene er det demokratiske: Brukeren føler at vedkommende er en del av sin egen behandling. Den andre er interessen for

å medvirke og delta i forhold som påvirker eget liv, og den tredje er: Nytte; den som deltar aktivt i sin egen behandling, vil ha nytte av det i form av helsegevinst. I Nasjonale faglige retningslinjer for Diabetes - forebygging, diagnostikk og behandling heter det også at en bør ta hensyn til brukerens preferanser ved kostholdsveiledning, og livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2009). Videre hevdes det i samhandlingsreformen at pasienter som får bidra aktivt i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, blir bedre i stand til å mobilisere egne ressurser, og dermed øke prognosen for gode resultater (Helse – og omsorgsdepartementet, 2008).

## **4.0 Endringsfokusert veiledning rettet mot terapeutisk egenomsorg og endring av livsstil**

I arbeidet med oppgaven har vi valgt å jobbe opp i mot følgende problemstilling: «Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til livsstilsendring for å hindre utvikling av senkomplikasjoner ved diabetes mellitus type 2 hos Erna? Med fokus på endringsfokusert veiledning, motivasjon og brukermedvirkning.»

I litteraturen fant vi at Diabetes mellitus type 2 er den vanligste endokrine sykdommen i dag, og at det ofte rammer genetisk disponerte, ofte i en kombinasjon med overvekt og fedme. Langtkommen diabetes ledsages ofte av mikro og makrovaskulære senkomplikasjoner som hjerte- og karsykdommer, blindhet og nyresykdommer dersom den ikke er godt regulert. Dersom den er godt regulert, kan en person med diabetes leve et tilnærmet normalt liv (Diabetesforbundet, 2012).

Hvordan veilede Erna til en livsstil der hun selv i størst mulig grad ivaretar sine egenomsorgsbehov?

Som en kan tolke ut ifra caset er det liten grunn til å tro at Erna har fått tilstrekkelig god og tilpasset informasjon og veiledning da hun fikk diagnosen. Dette kan ha flere årsaker. Enten så har opplæring og informasjon fra helsevesenets side vært for dårlig og/eller mangelfull, eller så har Erna ikke vært mottakelig for informasjon den gangen dette ble gitt. Dette kan for eksempel ha sammenheng med at det å få en diabetes diagnose for enkelte kan utløse en krisereaksjon og at mennesker i denne fasen ikke alltid er mottakelig for informasjon (Cullberg, 2007). Eller det kan og tenkes at informasjonen er gitt på en sånn måte, at den snarere virker mot sin hensikt, i den forstand at en belærende og ovenfra og ned holdning, snarere kan fremprovosere en «trassreaksjon» der brukeren gjør det motsatte av anbefalt fra lege/sykepleier (Eide & Eide, 2007). I dette kapittelet vil vi gjøre en vurdering av Ernas egenomsorgskapasitet versus terapeutiske egenomsorgsbehov. Vi vil se nærmere på hvordan vi ved hjelp av endringsfokusert veiledning og motiverende intervju kan hjelpe Erna å komme i gang med en livsstilsendring. Videre vil vi gå inn på viktigheten av motivasjon for å begynne, fullføre og vedlikeholde livsstilsendringer. Brukermedvirkning vil gå som en rød tråd gjennom det hele. I Stortingsmelding nummer 47, også kjent som samhandlingsreformen

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Vektlegges betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid i alle nivåer av helsetjenesten. En kan derfor sette spørsmålstegn ved hvorfor ingen har tatt tak i Ernas situasjon tidligere. Det kan virke som at tjenestene rundt henne har vært mer opptatt av symptombehandling, og satt inn delvis kompensierende sykepleiesystemer. I stedet for å forebygge videreutvikling av diabetes, og fremme Ernas egenomsorgskapasitet. Vi ser for oss at vi møter Erna som nyutdannede sykepleiere med høy bevissthet rundt helsefremmende arbeid, i rollen som primærkontakt.

#### **4.1 Vurdering av Ernas egenomsorgskapasitet ut ifra terapeutiske egenomsorgsbehov**

**Konsekvenser av diagnosen:** Erna har ett helsesviktrelatert egenomsorgsbehov da hun har diabetes type 2. Erna har ikke endret livsstilen sin tilstrekkelig etter hun fikk diagnosen. Erna har hatt et hjerteinfarkt, som trolig kommer av hennes livsstil opp imot sin diabetes. Hun må ta tabletter morgen og kveld hver dag, som hjelper til med å regulere blodglukosen. Hun virker ikke til å ha store konsekvenser ved diagnosen på dette tidspunktet, da hun ikke følger restriksjoner fra lege angående kosthold og aktivitet. Hun må måle blodglukose en gang per uke, som skal måles fastende. Dette ønsker hun å få hjelp til av hjemmesykepleien. Det at hun de siste årene har gått så mye opp i vekt, kan sannsynligvis sees i sammenheng med utvikling av sykdommen, og endring av rutiner og vaner etter at mannen døde. Som for eksempel regelmessige måltider, gåturer og så videre.

**Sykdomserfaring:** Det virker ikke som Erna har noen i familien med diabetes, siden hun synes å oppleve sin diagnose så lite belastende. Det ser ut som om Erna fortsatt lever slik hun gjorde før hun fikk diagnosen.

**Motivasjon:** Det er vanskelig å si noe om Ernas motivasjon for livsstilsendring, den virker ikke spesielt høy for øyeblikket. Men en kan regne det for sannsynlig at hun ikke ønsker å utvikle senkomplikasjoner som blindhet, fotsår og nyresvikt, eller å bli lagt inn på sykehjem. Vi tror også at muligheten til å tilbringe mer tid med barn og barnebarn kan virke positivt på endringsmotivasjon.

**Fysiske forhold:** Erna bruker rullator når hun skal forflytte seg rundt i leiligheten, ved lengre turer må hun bli trillet i rullestol. Gjennom dagen sitter hun mye i hvilestolen på stua, og vi

opplever at hun har dårlig balanse mellom aktivitet og hvile til tross for at hun får daglig gåtrening med hjemmesykepleien. Spesielt fordi hun den siste tiden har gått stadig kortere turer, og fordi hun har hatt en økende vektutvikling. I tillegg til å sitte store deler av dagen i stolen sin, sover hun også i denne om natten, hvilket innebærer at hun tilbringer opp i mot 20 timer av døgnet i denne stolen. Dette gir oss mistanke om dårlig søvnkvalitet.

**Psykiske forhold:** Erna virker klar og orientert, og har tilsynelatende de kognitive ferdigheter som trengs for å håndtere sykdommen sin. Allikevel virker hun ikke til å ta innover seg konsekvensene av usunt kosthold, og en passiv livsstil. Dette kan skyldes manglede eller dårlig opplæring, eller at hun ikke føler de negative konsekvensene på kroppen enda. Hun har jevnlig besøk av familien, som handler inn mat og hjemmesykepleien er daglig hos henne og varmer opp middag.

**Konsekvenser i dagliglivet:** Erna blir lett tungpustet, og orker derfor ikke bevege seg over lange avstander på egenhånd. Hun orker ikke selv å gå og handle på butikken, dette gjør familien. Når støttekontakten tar henne med på trilleturer, hender det at de er innom butikken, og Erna kjøper seg søtsaker. På grunn av fedmen blir hun tungpustet når hun ligger, og klarer derfor ikke å sove i sengen sin. Hun trenger hjelp av hjemmesykepleien for å ivareta sin personlige hygiene. På grunn av helseproblemene har hun heller ikke mye sosial kontakt med andre, men hun spiller bingo en gang i uka.

**Varighet av sykdommen:** Selv om Erna har hatt diagnosen i ti år, er det ikke usannsynlig at hun har hatt diabetes en tid før dette. Det er derfor sannsynlig at hun innen rimelig kort tid vil utvikle flere senkomplikasjoner dersom hun ikke gjør noe med levevanene.

**Kostvaner:** Erna samt hennes pårørende virker ikke til å ha tatt inn over seg viktigheten av et stabilt og sunt kosthold. Hun spiser mye søtsaker, og drikker endel brus. Når det gjelder kost, får hun i seg mye mat, men ikke riktig type og mengde. Hun lager ikke sin egen mat, men får varmet opp fjordland ifra hjemmesykepleien.

## 4.2 Den første samtalen

For at Erna skal kunne gjennomføre en livsstilsendring er det viktig at hun er motivert. Forskning utført av Oftedal, Bru & Karlsen (2011), viser at det er en signifikant sammenheng mellom indre motivasjon, og evne til å leve etter generelle retningslinjer for diabetikere med tanke på kosthold og mosjon. Uansett hvor mye en informerer og belærer en person vil det snarere virke mot sin hensikt enn å føre til endring, dersom vedkommende ikke er motivert (Eide & Eide, 2007). Dette styrkes også av et studie fra Nederland som viser at det er et misforhold mellom informasjonen en diabetiker får av helsepersonell om risikoen for å utvikle kardiovaskulære senkomplikasjoner. Og vedkommendes oppfatning av egen risiko for å utvikle dette (Welschen et al., 2012). Med tanke på Ernas kosthold og levevaner, tolker vi det dit hen at hun ikke er spesielt motivert for endring, og at hun ikke har en tilstrekkelig forståelse av egen sykdom, og konsekvensene av å ikke tilpasse seg denne. Dette utelukker ikke at Erna kan ha gjort seg noen tanker rundt det å forandre livssituasjonen sin. Det at hun nylig hadde et fall og trengte hjelp fra flere pleiere for å komme seg opp, kan være en aktuell innfallsvinkel for å kartlegge hvorvidt hun har gjort seg noen tanker om livssituasjonen sin, og eventuelt endring av denne. Selv om fallet ikke er direkte diabetesrelatert, har det med fedme og livsstil å gjøre. Dersom hun hadde vært i bedre fysisk form, ville hun sannsynligvis kommet seg opp ved egen hjelp, eller ikke falt i utgangspunktet. En annen grunn til at dette kan være en bra innfallsvinkel er at Erna ikke synes å ta inn over seg alvoret av høye blodglukoseverdier da dette synes bare å være tall for henne.

**Den første samtalen:** Vi ser for oss at et motiverende intervju vil være en god måte å få Erna til å reflektere rundt situasjonen sin, og kanskje sette i gang en endringsprosess. En kan for eksempel starte samtalen med: «Du hadde et fall nylig, føler du at du har blitt mer ustødig på beina i det siste?» På den måten kan vi utforske Ernas tanker omkring det å gå rundt å være utrygg på å falle, og i stadig mindre grad være i stand til å ta vare på seg selv. Vi utvikler også **diskrepans** ved å peke på ting i livet hennes der det er et misforhold mellom hvordan hun har det, og hvordan hun ønsker å ha det. Ved å følge opp med spørsmål som: «Har du gjort deg noen tanker rundt hva du tror skal til for at du blir mer stødig på beina, og selv komme deg opp hvis du skal falle?». Får vi vite om hun har tenkt på sammenhengen mellom fedmen, utryggheten og muligheten for å gjøre noe med dette. Ved å uttrykke oss på denne måten, får

vi henne til å føle at vi snakker med henne i stedet for til henne, samtidig er det hun som snakker mest, imens vi som sykepleiere forsiktig styrer samtalen ved å stille åpne spørsmål. Dersom hun har gjort seg noen tanker rundt fallet episoden, og at mer gåtning og vektreduksjon ville hjulpet, men at det ikke er så enkelt å forandre på vanene sine. Kan en følge opp med: «Jeg forstår at det føles vanskelig å endre på vanene sine, og jeg synes det er kjempebra at du har gjort deg noen tanker rundt hva som kan gjøre situasjonen bedre, og jeg er helt sikker på at du vil klare det hvis du vil. Dette vil jo dessuten ha en veldig god effekt på diabetesen din!» På denne måten får vi **uttrykt empati** og forståelse for Ernas ambivalente følelser rundt endring. Samtidig **styrker vi mestringsstillingen** ved å rose hennes endringsvillige tankegang, og **ruller med motstand** når vi aksepterer hennes negative tanker. I denne samtalen ville vi også forsøkt å undersøke hva slags tanker Erna har rundt det å få hjelp til å dekke sine terapeutiske egenomsorgsbehov. For eksempel kunne vi spurt: «Hva synes du om hjelpen du får fra hjemmesykepleien? Er det noe du får hjelp til i dag, som du tror du kunne klart selv?» Det kan hende at hjemmesykepleien har bidratt til å gjøre Erna mere pleietrengende enn hun egentlig er ved å sette inn delvis kompensierende sykepleiesystemer, fremfor å sette inn helsefremmende tiltak. Vi får også i denne samtalen et inntrykk av hvilken fase i forandringsprosessen hun er i jfr. Prochaska og DiClementes transteoretiske modell. Og vurderer at Erna på dette tidspunktet er i overgangen mellom føroverveielses- og overveielsesfasen. Til slutt bør vi også tilby henne profesjonelle råd ved for eksempel å si: «Dersom du kunne tenke deg å gjøre noen forandringer på situasjonen din, kan jeg gjerne hjelpe med å sette opp en plan for hvordan du kan gjøre det.

### 4.3 Veien mot livsstilsendring

**Organisering av hjemmesykepleien:** Fordelen med hjemmesykepleie sammenlignet med sykehus, er at en har muligheten til å følge opp en bruker over tid. Hvis det er behov for det, kan øg vedtakstiden hos en bruker økes for en viss periode dersom det er kapasitet til det. Dette gjør at en kan gå forsiktig frem over tid for å «så» motivasjon. Vi mener det er viktig at der er en sykepleier som har hovedansvaret for motivasjonsarbeid og påfølgende livsstilsendring. På den måten sikrer en kontinuitet og en konsekvent oppfølging. Vår erfaring fra hjemmesykepleie er at en bruker med vedtak om hjelp tre ganger om dagen, fort kan ha 10-12 forskjellige hjelpere inne hos seg i løpet av en uke. Dette setter særdeles strenge krav til

en god og detaljert tiltaksplan, samt nøyaktig dokumentasjon, i en slik endringsprosess vi forsøker å få til med Erna.

Videre har vi valgt å bruke motiverende intervju som verktøy når vi her vil drøfte oss igjennom hvordan en endringsprosess kan se ut for Erna.

**Overveielsesfasen:** Neste samtale med Erna kan gjøres en ukes tid etter den første samtalen. Da kan tankene vi plantet ha fått tid til å utvikle seg og modnet litt. Denne samtalen kan for eksempel starte med at en spør: «Har du fått tenkt noe mer på det vi snakket om sist?» Dersom Erna har reflektert en del rundt livssituasjonen sin siste uken, er det sannsynlig at hun har enda flere ambivalente følelser rundt det å gjøre noen store forandringer på levevanene sine. Dette kan være følelser rundt gleden ved å spise god mat og godteri etter at mannen døde, at det kan være kjedelig og ensomt å sitte i stolen nesten hele døgnet, og at det føles leit og ikke selv være i stand til å hente posten, og kanskje det hadde vært bra med litt forandring. Det er viktig i denne fasen å fortsatt uttrykke empati for de ambivalente følelsene hennes, å rose alle tanker og ideer om forandring. Videre kan en sammen med Erna forsøke å se inn i fremtiden. Hvordan den kan bli hvis hun ikke gjør noen forandring, og hvordan den kan bli hvis hun tar noen grep. Våre erfaringer fra tidligere praksis er at det kan være hensiktsmessig å peke på vanskelige situasjoner brukeren har mestret tidligere. Da dette kan gi motivasjon og perspektiv på nye utfordringer. Dette kan for eksempel være at en har klart og slutte å røyke, kommet igjennom en tøff oppvekst, eller lignende. Avslutningsvis i samtalen kan en stille spørsmålet: «Har du gjort deg noen tanker om veien videre herfra?» På denne måten kan vi se hvilken utvikling Erna har i prosessen mot endring, samtidig ivaretar vi hennes autonomi og brukermedvirkning. Dersom Erna ikke har reflektert noe mer rundt situasjonen sin, eller på ingen måte ønsker å gjøre noe med den, står vi ovenfor et etisk dilemma. Vi er inne i brukerens hjem, og kan ikke uten videre påtvinge forandringer på henne. Dette vil krenke hennes autonomi, og bryte med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1. om samtykke til helsehjelp. Samt Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2011). Samtidig vil det ikke føles riktig for oss som sykepleiere, å stå og se på en pasient eller bruker en har ansvar for, velge sykdom fremfor helse. Vi vil allikevel fortsatt kunne informere om langtidsvirkninger og konsekvenser av fedme og diabetes. Og fortsette å oppfordre til livsstilsendring. Dette er allikevel noe vi vil forsøke å unngå, ved å bruke motiverende intervju.



**Pårørende.** Dersom Erna ønsker det, har hun rett til å kunne ha med seg pårørende i samtale og behandling av oss (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette kan gi Erna viktig sosial støtte og gir oss en viktig medspiller, spesielt fordi at pårørende har ansvar for handling av mat. I følge Oftedal, Bru og Karlsen (2011) er diabetikere stort sett fornøyd med støtten fra helsepersonell, men savner støtte ifra personlig nettverk. Dette underbygger viktigheten av et nært samarbeid med pårørende. For eksempel kan pårørende delta på kostholdsveiledning, på denne måten vil de bli i bedre stand til å handle riktig mat. Ved siden av dette kan de bidra aktivt med støtte og motivasjon, og ha en viktig rolle når Erna skal belønnes for å ha nådd sine mål og delmål. Dette forutsetter engasjerte pårørende, med nok tid og vilje til å bistå i endringsprosessen.

**Forberedelsesfasen:** Dersom vi har lykket med å få endringsvilje hos Erna, vil hun etter hvert komme over i forberedelsesfasen, altså fasen der hun er klar for endring, men ikke har kommet i gang med det enda. Her vil det være aktuelt med en ny motiverende samtale. Målet for denne samtalen vil være å utarbeide en plan for nye levevaner. Det er fortsatt Ernas ønsker og vilje som står i sentrum og hun bør selv bestemme seg for hvilke mål hun ønsker å oppnå. Et studie utført av Frantsen (2010) viser at det kan være vanskelig å få brukere til å sette seg mål, og at de i stor grad gjorde dette for sykepleiernes skyld. Siden diabetes type 2 krever en livslang endring, mener sykepleierne intervjuet i forskningen at det er viktig med delmål, dette kan være små mål over forholdsvis korte perioder, slik at de små målene kunne hjelpe brukerne til å lage ett system i den nye hverdagen. For Erna kan det å orke å gå litt lengre turer, for eksempel selv å hente posten, være ett realistisk delmål de første 14 dagene. Mens hovedmålet kanskje bør være en vektreduksjon til under 70 kg. Deretter kan en spørre «Hvilke forandringer tror du at du må gjøre for å nå dette målet?». Dersom Erna har tenkt en del igjennom dette, vil hun kanskje forstå at hun bør slutte å drikke sukkerholdig brus og småspise mellom måltidene. Samt at hun bør være mer fysisk aktiv. Det er viktig å rose henne for denne innsikten. Vi som sykepleiere kan informere om at det er anbefalt med minimum 30 minutters fysisk aktivitet daglig. Dette vil ha positive bieffekter og vil sannsynligvis innebære et stabilt HbA1c på < 7 %. Hun vil være nede i en KMI under 30 og ha blodglukoseverdier innenfor anbefalte grenser (Helsedirektoratet, 2009). En vektreduksjon på 17 kg vil òg sannsynligvis virke avlastende for knærne hennes, og det kan godt tenkes at hun vil bli mindre avhengig av rullator.

Det kan virke motiverende for Erna å sette seg noen belønninger for hvert mål og delmål som oppnås. Dette kan for eksempel være en frisørtime eller fotpleie som belønning for delmål, og kanskje en sydentur for oppnådd hovedmål. I og med at hun akkurat har fylt 69, kan 70 årsdagen hennes være en viktig milepel der hun kan unne seg en skikkelig belønning dersom hovedmålene oppnås. For eksempel det å ta med barnebarna på ferie.

Det er ikke sikkert at Erna har lyst til å sette seg noen mål, dette kan for eksempel skyldes at hun har et autoritært syn på helsevesenet og mener at de vet best. Dette er i følge Frantsen (2010) normalt hos den eldre generasjon. Hvis Erna vegrer seg for å sette egne mål, kan vi som sykepleiere trekke ut momenter Erna selv har pekt ut i tidligere samtaler. I denne fasen er det ifølge Eide & Eide (2007), fornuftig å sette opp en skriftlig plan i samarbeid med brukeren. Vi har her laget et forslag til hvordan en sann plan kan se ut de første 12 ukene, med delmål, hovedmål og tiltak for å nå målene, og hvem som har ansvar for dem. Selv om vi har laget en plan for 12 uker her, er vår oppfatning at det vil være hensiktsmessig og evaluere måloppnåelsen og sette nye delmål hver fjerde uke. Dette er fordi vi mener det er vanskelig å forutsi realistisk progresjon mer enn fire uker frem i tid, og fordi det kan virke demotiverende å se på en langsiktig plan, dersom progresjonen er langsommere enn det som står på planen.

Når vi skal sette opp en skriftlig plan i samarbeid med Erna, er det viktig at den er SMART (Helsedirektoratet, 2012). Dette vil si at den er SPESIFIKK, hvilket innebærer at den skal være konkret i forhold til hva endring innebærer. Den skal være MÅLBAR, i den forstand at det er synlig når målet er nådd. Videre må den være AKSEPTABEL, på den måten at Erna må akseptere den og har vetorett hvis hun er uenig. Dernest må planen være REALISTISK, sann at målene som er satt må være oppnåelige. Til slutt må det være TIDSBESTEMT, ved at vi setter tidspunkt for neste evaluering. I tillegg til dette bør det fremgå i planen hva som behøves for å oppnå målet, hvilke aktuelle metoder finnes, og hva det neste steget skal være. Vi vil også ha en logg eller dagbok, slik at det er mulig for Erna å se progresjonen. På neste side har vi laget et forslag til hvordan en sann plan kan se ut.

Uke	Delmål	Tiltak	Ansvar
1-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gå frem til postkassa og tilbake</li> <li>• Gå ned to kg.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Presse seg til å gå litt lengre turer fra dag til dag, eventuelt ta pauser underveis.</li> <li>2) La være å kjøpe godteri når jeg er med støttekontakten på tur. Bytte ut smågodt med frukt.</li> <li>3) Spise et diabetesvennlig kosthold</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Erna og hjemmesykepleien</li> <li>2) Erna og Støttekontakt</li> <li>3) Erna/Trond</li> </ol>
5-8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To turer til postkassa om dagen</li> <li>• Gå ned to kg.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Presse seg til å gå litt lengre turer fra dag til dag, eventuelt ta pauser underveis.</li> <li>2) Halvere brusinntaket og erstatte det med vann.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Erna og hjemmesykepleien</li> <li>2) Erna og Trond</li> </ol>
9-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gå opp og ned en etasje i trappa med hjelp av rekkverket</li> <li>• Gå ned to kg.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) «Alenetrening «i leiligheten med utstyr fra ergoterapeut</li> <li>2) Redusere brusdriking til kun lørdager, og da kun sukkerfri brus.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Erna, Hjemmesykepleien og ergoterapeut</li> <li>2) Erna og Trond</li> </ol>
Hovedmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egenvekt mellom 65 og 70 kg</li> <li>• HbA1c =7 %</li> <li>• 30 minutter daglig fysisk aktivitet,</li> <li>• Sunt diabetesvennlig kosthold.</li> </ul>		

Figur1: Forslag til hvordan en plan kan se ut for Erna

Ettersom Erna fortsatt har en noe nedsatt fysisk funksjonsevne, kan det være hensiktsmessig å tilrettelegge for alternativ fysisk aktivitet i hjemmet. Et tverrfaglig samarbeid med Ergo- og fysioterapeut, vil kunne hjelpe henne med et tilpasset treningsprogram og bruk av trimutstyr. I praksis har vi blant annet sett at manualer, gummistriker og pedalmaskiner kan være gode treningshjelpemidler for brukere med nedsatt funksjonsevne.

**Handlingsfasen:** Dersom vi etter hvert blir enig med Erna om en plan, er neste fase handlingsfasen. Dette er den fasen da de faktiske endringene skal skje, og Erna må begynne å bli mer fysisk aktiv, og endre kostholdet. I denne fasen vil det være aktuelt å øke hjemmesykepleiens tilstedeværelse for å kunne gi bedre støtte og oppfølging, dette forutsetter at det er kapasitet til det i hjemmesykepleien, og at Erna ønsker dette. Vår erfaring er at det ofte er en del ledig kapasitet i visse perioder igjennom dagen. Spesielt har vi sett at det hos enkelte går mye unødvendig tid til røyke og kaffepauser. Uavhengig av om vi får økt tilstedeværelse eller ikke, vil det være viktig å opptre støttende og vise forståelse om hun skulle føle at det er tøft og vanskelig å gjennomføre livsstilsendringen. I denne fasen vil det være naturlig å stille Erna spørsmål som: «Hvordan har du det?» «Hvordan synes du det går å endre levevanene dine?» og om det er spesielle utfordringer eller problemer rundt endringsprosessen hun ønsker å diskutere. Videre kan det være fornuftig å påpeke det positive ved det hun har klart så langt, da dette kan være vanskelig å se selv hvis hun har en tung periode.

Det er i denne fasen sykepleierens veiledende funksjon kommer til sin rett. Her skal Erna gjøre selve endringen, og dette vil bli synlig for andre. Vår oppgave her blir å støtte Erna, veilede henne ved å være tilstede og rettlede henne gjennom prosessen. Undervisning vil komme som en naturlig del av sykepleien i denne prosessen, da hun kan trenge et undervisningsopplegg tilrettelagt de målene hun skal oppnå.

Det vil hele tiden være Erna som sitter med hovedansvaret for endringene og vår oppgave gjennom denne fasen vil være å veilede, undervise og støtte henne. Samt å koordinere og samkjøre tilbudet fra hjemmesykepleien og eventuell oppfølging fra fastlege, ergo- og fysioterapeut. Vi mener det er ønskelig at pårørende deltar på deler av undervisningen som omhandler kost og ernæring, spesielt fordi de i Ernas tilfelle har ansvar for innkjøp av mat. Som nevnt tidligere spiser Erna hovedsakelig fjordlandretter til middag. Ifølge nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009) er det å kutte ut ferdigmat en god måte å redusere saltinntaket. Fjordland selv hevder derimot at de forsøker å redusere saltinnholdet i rettene sine, og at spesielt nøkkelhullsproduktene er garantert å inneholde mindre salt (Fjordland, 2013). Vår erfaring er at de sjelden oppfyller tallerkenmodellen anbefalt av Diabetesforbundet (2010) med 50 prosent grønnsaker, 25 prosent naturris, fullkornspasta eller poteter, og 25 prosent kjøtt, eller fisk. Vi vil derfor anbefale Ernas pårørende kun å kjøpe nøkkelhullsmerkede Fjordlandretter til henne, og komplementere disse med grønnsaker. Alle

kommunene vi har erfaring fra, har et eget storkjøkken, eller et samarbeid med et nærliggende storkjøkken som lager mat som kjøres ut i hjemmet til folk som ikke selv er i stand til å lage den. Dette kunne vært en annen god løsning, da slike storkjøkken har kompetanse på å lage mat spesielt tilpasset diabeteskosthold.

Det kunne vært hensiktsmessig å være med Erna en dag, for å se hva slags mat hun velger ellers i løpet av dagen. Da kunne vi ha kanskje veiledet henne hvis det er andre tilsvarende produkter hun kan kjøpe istedenfor det hun har i kjøleskapet (Aas, 2011). Det kan for eksempel være at Erna har meierismør på brødsdiven, da kunne vi ha tipset henne om at det finnes sunnere smør som er laget av plantemargarin. Vi ville også informert om magre kjøttprodukter, og lettere meieriprodukter dersom dette er noe hun ikke bruker (helsedirektoratet, 2009). Vi ville også sett på hva slags brød hun spiser, om dette er grovbrød, eller loff. Det vil være hensiktsmessig for Erna å velge grovt brød, da dette ikke gir for høy og rask blodglukosestigning på samme måte som loff gjør. Vi kan lære sønnen hvordan han ser på brødposen hvor grovt brødet er. Vi vil anbefale å bruke grovhetsskala 3 eller 4, da dette er de groveste brødene (Opplysningskontoret for brød og korn, 2013).

Før oppstart av fysisk aktivitet, tenker vi at Erna bør undersøkes av lege, da dette bør gjøres for å se hva slags trening som er optimalt for henne. Grunnen til at hun burde undersøkes av lege er for å forsikre seg om at hun ikke har noe hjerte- og karsykdom, som gjør at hun må være forsiktig med hva slags type fysisk aktivitet hun utfører. Det at en har hatt et hjerteinfarkt trenger ikke bety at en ikke kan belaste hjertet, snarere tvert imot (Sæterhaug, 2004). Ved fysisk aktivitet bedres insulinfølsomheten, og glukoseopptaket i muskulaturen økes (helsedirektoratet, 2009). Derfor bør det også tenkes over om Erna må kutte ned på de medikamentene hun har, som regulerer blodglukosen, da medikamentene i sammen med fysisk aktivitet kan gi en for lavt blodglukose.

Når Erna har blitt undersøkt av lege og fått en klarering på hva slags fysisk aktivitet hun kan utøve, er det viktig at hun forholder seg til de restriksjonene hun har fått. Når hun nå skal bli fysisk aktiv, ser vi at vår rolle som sykepleiere vil være tilstedeværelse for å støtte, undervise og veilede. Erna vil kanskje trenge støtte spesielt i oppstarten av endringen, da dette kan være tungt. Vi vil da prøve å oppmuntre henne, forsikre henne om at det hun gjør er bra, og kanskje hjelpe med å støtte henne på sidene når hun går, om det er behov for det. Vi kan veilede henne

ved å rettlede henne gjennom de første treningsøktene, ved for eksempel å foreslå når hun burde hvile og hvorfor, eller for å vise henne øvelser hun kan gjøre.

**Søvn og hvile.** Når det gjelder søvn og hvile, har Erna som nevnt tidligere, veldig mange timer i stolen sin gjennom døgnet. Hun bruker denne stolen på dagtid, og på natten når hun sover. På grunn av dette kan det tenkes at dager og netter går i hverandre, da hun ikke har noe spesielt skille på dette. Vi mener det kan være lurt for Erna å sove inne på soverommet sitt, for at det skal være en forskjell på dag og natt. Vi tror dette kan ha en positiv effekt på døgnrytme og søvnkvalitet. Erna sier hun ikke vil sove i sengen sin på grunn av at det blir tungt å puste, og fordi hun er redd for å falle ut. Det vi kunne foreslått for Erna, kunne vært å tilrettelegge med en ny seng, slik at hun kan stille sengeryggen opp og ned etter behov. Hun kan få tilbud om å få en sengehest, da dette vil forhindre at hun faller ut av sengen. Vi kunne ha prøvd å heve sengeryggen på sengen hun allerede har, ved å legge noe under madrassen. Eller vi kunne ha satt inn en annen stol på soverommet, som hun kunne ha sovet i der. Dette er et valg Erna selv må ta, og det kan hende at hun er fornøyd med å sove i stuen og dermed ikke ønsker noe nytt tilbud. Vi føler likevel at vi må foreslå det, da vi tror dette vil gi henne en bedre søvnkvalitet.

Handlingsfasen varer frem til endringen har blitt en vane, jfr. forskningen til Lally, et al, (2009) som vi beskriver i kapittel 3.4, *Handlingsfasen*.

#### **4.4 Endrede livsstilvaner varer**

**Vedlikeholdsfasen.** Denne fasen vil til en viss grad gli sammen med handlingsfasen, da noen vaner kan etablere seg raskere enn andre (Lally et al, 2009) og Erna skal endre flere vaner. Det er viktig at vi som sykepleiere fortsetter å veilede og støtte henne ved behov. Det er av stor betydning at Erna i denne fasen blir fortrolig med at diabetes er en kronisk sykdom det ikke går an å ta pause fra. I følge Eide & Eide (2007) er det normalt med tilbakefall i denne fasen. Dersom hun kjenner tvil eller får tilbakefall, er det viktig at vi peker på de positive effektene av livsstilsendringen som hun kan merke selv. For eksempel at hun får bedre kondisjon, orker mer, vekttap og at hun sover bedre om nettene. Selv om Erna skulle få et tilbakefall, betyr ikke det at hun må starte hele prosessen på nytt, da mye av grunnlaget for nye vaner blir lagt i de første fasene.

I dette kapitlet har vi vist hvordan vi ved hjelp av motiverende intervju og endringsfokusert veiledning, ville forsøkt å endre Ernas livsstil og samtidig ivareta hennes brukarmedvirkning. Det finnes en rekke andre metoder for veiledning og samtaleterapi som kan være like effektive. Det er individuelt både for sykepleieren og brukeren, hvilke metoder som fungerer best. Vi mener det er viktig å være bevisst hvilken metode en benytter, og bare bruke en metode på en person én gang dersom den ikke fungerer.

## 5.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi lært at en tradisjonell ovenfra og ned belærende undervisning og veiledning ikke nødvendigvis fungerer etter intensjonen. Selv om vi har konsentrert oss om en bestemt person i drøftingen, mener vi at oppgaven har stor overføringsverdi til andre lignende tilfeller, og derfor er relevant. Vi mener at brukermedvirkning er sentralt i nesten all moderne sykepleie og at motiverende intervju er en god måte å peke på områder i livet til en pasient eller bruker med behov for endring. Samtidig som det ivaretar brukermedvirkningen på en god måte. Av den grunn mener vi at motiverende intervju er en veiledningsteknikk sykepleiere bør ha kjennskap til som et verktøy i endringsfokuset veiledning. Uavhengig av hvor en jobber som sykepleier, kommer en i kontakt med pasienter eller brukere som har diabetes eller andre livsstilssykdommer. Fordi utviklingen av diabetes er så skremmende, er det etter vårt syn essensielt at alle sykepleiere har en grunnleggende forståelse av diabetes.

Vår konklusjon på problemstillingen er: Ved hjelp av motiverende intervju, individuelt tilpasset veiledning og å styrke og bevisstgjøre Ernas medbestemmelse, kan vi få Erna til å motivere seg og gjennomføre den livsstilsendringen som trengs for å regulere sin diabetes på en god måte, og dermed hindre utvikling av senkomplikasjoner.

Vi har ikke drøftet andre mulige veiledningsstrategier som for eksempel løsningsfokuset veiledning, kognitiv adferdsterapi eller andre pedagogiske modeller. Dette er strategier som også kunne vært interessant å drøfte i lys av Ernas situasjon.



## Litteraturliste:

- \*Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging – oppfølging – Behandling* (s. 123-146). Oslo: Akribe As. (23 sider)
- \*Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging – oppfølging – Behandling* (s. 204-238). Oslo: Akribe As. (34 sider)
- Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, Ø.V. (2006) *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Cavanagh, S.J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (168 sider)
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. - 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Dart, M., A. (2011) *Motivational interviewing in nursing practice: Empoverment the Patient*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers. (289 sider)
- Dallan, O. (2012), *Metode og oppgaeskiving – 5. utgave*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- \*Diabetesforbundet. (2010). *Tallerkenmodellen*. Lokalisert på:  
[http://www.diabetes.no/Tallerkenmodellen.b7C\\_wljU3c.ips](http://www.diabetes.no/Tallerkenmodellen.b7C_wljU3c.ips)
- \*Diabetesforbundet. (2011). *Diabetesfoten – Felleserklæring*. Lokalisert på:  
<http://www.diabetes.no/Diabetesfoten-+felleserkl%C3%A6ring.9UFRnG3Y.ips>
- \*Diabetesforbundet (2012) *Diabetes type 2*. Lokalisert på  
<http://diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* [Oslo]: Gyldendal akademisk
- \*Fjordland. (2013). *Man hører ofte at ferdigmat inneholder mye salt*. Lokalisert på:  
<http://www.fjordland.no/om-fjordland/kontakt-oss/ofte-stile-sporsmal>
- \*Frantsen, K. (2010). *Motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes- En utfordring for sykepleiere* (Masteroppgave). Lokalisert på  
[http://brage.bibsys.no/uis/handle/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_17118](http://brage.bibsys.no/uis/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_17118) (81 sider)

\*Folkehelseinstituttet (2012) Diabetes – faktaark med helsestatistikk. Lokalisert på [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70814:::1:6043:6:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70814:::1:6043:6:::0:0)

\*Helsedirektoratet. (2009). *Diabetes: Forebygging, diagnostikk og behandling*. lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonalt-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf> (148 sider)

\*Helsedirektoratet.(2009). *Å snakke om endring- kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt i svangerskapsomsorgen*. Oslo. (35 sider)

\*Helsedirektoratet. (2012). *Hva er motiverende samtale*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/Hva-er-motiverende-samtale.aspx>

\*Helsedirektoratet. (2012). *Rådgivningsstrategier*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/radgivningsstrategier.aspx>

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Nasjonalt helse- og omsorgsplan*. (St. meld. nr. 16, 2010-2011). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/7/1.html?id=639835> (125 sider)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – På rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009), Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. E. Bach-Gansmo, J. Mjell & S. Ørn (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg.,s. 379-391). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

\*Lally, P., Van Jaarsveld, C.H.M., Potts, H. W.W. & Wardle, J. (2009). How are habits formed- Modelling habit formation in the real world. *European Journal of social psychology*, 40(6), 998-1009. Doi: 10.1002/ejsp.674 (12 sider)

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer, ICN kodex*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

\*Nøkkelhullsmerket. (2012). *Hva er Nøkkelhullet?*. Lokalisert på:

[http://www.nokkelhullsmerket.no/om\\_nokkelhullet/article7.ece](http://www.nokkelhullsmerket.no/om_nokkelhullet/article7.ece)

\*Ofte dal, B., Bru, E. & Karlsen, B. (2011). [Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. \*Scandinavian Journal of Caring Sciences\*, 25\(4\), 735-744.](#) Doi: [10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x) (10 sider)

\*Opplysningskontoret for brød og korn. (2013, 4. mars). Brødskalaen. Lokalisert på:

<http://www.brodogkorn.no/kosthold/matmerking/brod/> (1 side)

\*Orem, D.E. (2001). *Nursing- Concepts of practice*. (sixth edition). St. Louis, Missouri. Mosby ink. (2 sider).

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4-1. (2012). Lokalisert på

<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

\*Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K. & Christensen, B. (2009).

General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27 (3), 172-179. (8 sider) Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=0983fc98-cd57-45bb-b34e-6aff5ae79e83%40sessionmgr104&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010400082> (8 sider).

\*Sagen, J.V. (2011). Fysisk aktivitet. A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging – oppfølging – Behandling*. (s. 147-160). Oslo: Akribe As. (13 sider)

\*Sæterhaug, A. (2004) Rehabilitering av hjertepasienter. Tidsskrift for Den norske legeforening, 6(18), 806-808. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/994002>

\*Sundar, T. (2000). Tidsskrift for den norske legeforening. *Diabetes – en global trussel som må bekjempes*. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/184576/>

\*Verdens helse organisasjon. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: Report of a WHO/IDF consultation*. Geneva: World Health Organization, International Diabetes Federation Lokalisert på:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594934\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594934_eng.pdf)

\*Welschen, L. M. C., Bot, S. D. M., Kostense, P. J., Dekker, J. M., Timmermanns, D. R. M., Weijden, T. V. D. & Nijpels, G. (2012). Effects of Cardiovascular Disease Risk Communication for Patients With Type 2 Diabetes on Risk Perception in a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, 35(12), 2285-2292. doi: 10.2337/dc11-2130 (8 sider)

Sum selvvalgt litteratur: 957 sider.