

Bachelorgradsoppgave

Forebygging av diabetes mellitus type 2

Livsstilsendringer, veiledning og motivasjon

Preventing diabetes mellitus type 2

Lifestyle changes, counseling and motivation



Forsidebilde: Public Health Division (uår)

Line Ø. Dahlberg

Emnekode: SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Sykepleieutdanning kull 2010-2013



Avdeling for helsefag

«Det skal lønne seg å forebygge frem for å reparere»

(St.Meld. Nr.47 – Samhandlingsreformen, Regjeringen 2009)

Abstrakt

Bakgrunn: Diabetes 2 har de siste årene blitt en av de mest utbredte livsstilssykdommene på verdensbasis. Vekstkurven for denne sykdommen er bratt og det hevdes at sykdommen kommer til å nå epidemiske høyder i fremtiden. Sykdommen kan forebygges gjennom livsstilsendringer. Hensikten med oppgaven er basert på hvordan sykepleiere kan veilede og motivere pasienter med risiko for diabetesutvikling til livsstilsendringer, slik at diabetesutviklingen reduseres. Utfordringer slik veiledning kan medføre er også inkludert.

Metode: Bacheloroppgaven er basert på en usystematisk allmennlitteraturstudie som tar for seg forskningsartikler hentet fra søkebasen som Medline, Cinahl og SveMed+. Oppgaven er besvart etter IMRaD-strukturen, som innebærer introduksjon, metode, resultat og diskusjon.

Resultat: Forskningsartiklene viser at det finnes flere veiledningsmetoder sykepleiere kan bruke ved livsstilsveiledning og at livsstilsprogram som innebærer kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet virker positivt for reduksjon av diabetesutvikling. Utfordringer som mangel på veiledningsferdigheter og kunnskap innen livsstilsendringer er utbredt hos sykepleiere. Manglende vilje til livsstilsendring er en av de vanligste utfordringene blant pasienter. Lite tid og knappe ressurser utfordrer livsstilsveiledning for sykepleiere.

Diskusjon: Hovedfunnene fra forskningsartiklene er drøftet opp mot en teori og annen relevant litteratur. Oppgaven inneholder også en metodediskusjon som forklarer svakheter og fordeler med besvarelsen, samt ulike valg som er tatt i forhold til oppgaven.

Konklusjon: Livsstilsveiledning fra sykepleiere i primærhelsetjenesten gir gode resultater innen livsstilsendringer. Kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet virker forebyggende på diabetes 2. Sykepleieres forebyggende arbeid gjennom veiledning og motivering av livsstilsendringer til pasienter reduserer diabetesutviklingen.

Nøkkelord

Diabetes mellitus type 2, livsstilsveiledning, forebyggende arbeid, primærhelsetjenesten.

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	3
Nøkkelord	3
1.0 Introduksjon	1
1.1 Diabetes mellitus type 2 på verdensbasis	1
1.2 Hensikten med oppgaven.....	2
1.2.1 Forkortelser	2
2.0 Metode	3
2.1 Fremgangsmåte.....	3
2.2 Analyseprosessen	3
2.3 Inkluderings og ekskluderings.....	4
2.4 Etske overveielser.....	4
2.4.1 Håndskøk.....	4
2.5 Tabell over skøkestrategier	5
3.0 Resultat.....	7
3.1 Livsstilsendringer gjort via livsstilsprogram og veiledning fra sykepleier	7
3.2 Utfordringer sykepleiere møter ved livsstilsveiledning.....	9
3.3 Sykepleierens rolle som veileder.....	11
4.0 Resultatdiskusjon	14
4.1 Livsstilsendringer gjort via livsstilsprogram og veiledning fra sykepleier	14
4.1.1 Introduksjon fra resultatet	14
4.1.2 Tiltak for livsstilsendringer på et samfunnsmessig og et individuelt plan	14
4.1.3 Livsstilsendringer gjort via livsstilsprogram	15
4.1.4 Veiledningssamtale	16
4.1.5 Gruppebasert veiledning	16
4.1.6 Langtidseffekten av livsstilsendringer	17
4.1.7 Holdninger og atferdsendringer	17
4.2 Utfordringer sykepleiere møter ved veiledning	18
4.2.1 Introduksjon fra resultatdelen	18
4.2.2 Sykepleieres manglende kunnskap innen livsstilsendringer	19
4.2.3 Veiledningsprosessen	19
4.2.4 Sykepleieres manglende kunnskap innen livstilsveiledning.....	20
4.2.5 Målsetting.....	20
4.2.6 Individuell veiledning.....	21

4.2.7	Utfordringer med bakgrunn av liten tid og knappe ressurser	22
4.3	Sykepleierens rolle som veileder	23
4.3.1	Introduksjon fra resultatdel	23
4.3.2	Nasjonale faglige retningslinjer	23
4.3.3	Individuell plan	23
4.3.4	Motivasjon	25
4.3.5	Veiledningsmetoder	25
5.0	Metodediskusjon	27
6.0	Konklusjon	29
	Referanseliste	30
	Vedlegg 1: Utdrag av analyseprosessen	35
	Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler	38

1.0 Introduksjon

1.1 Diabetes mellitus type 2 på verdensbasis

Diabetes 2 er en livsstilssykdom og forekomsten av denne sykdommen er økende både på verdensbasis og i Norge (Helsedirektoratet 2009). Det antydes at nærmere 285 millioner mennesker i verden har diabetes (Allgot 2011). Tall fra 2010 viser at om lag 55 millioner europeere i alderen 20-79 år har diabetes. Antallet er spådd til å øke til 66 millioner i løpet av 2030. Stadig yngre mennesker får sykdommen og utviklingen starter allerede i barne- og ungdomsalderen (Wild 2004).

Diabetes er en hormonell, kronisk sykdom som kjennetegnes av høyt blodsukker. Dette er forårsaket av manglende eller nedsatt virkning av hormonet insulin. Det høye blodsukkernivået oppstår ved at glukoseproduksjonen i leveren forhøyes og et forsinket opptak av glukose i kroppens celler oppstår (Helsedirektoratet 2009). Det finnes ulike typer diabetes der type 1 og 2 er de vanligste. Diabetes 2 er den aller største gruppen og blir betraktet som en voksende epidemi (Tidsskrift for Den norske legeforening 2010). Denne typen diabetes skyldes i hovedsak en varierende grad av insulinresistens. Sykdommen er progressiv, noe som vil føre til at insulinresistensen vil avta med tiden og insulinmangel vil kunne oppstå (Sagen 2011). Sykdommen er forårsaket av blant annet arvelige disposisjoner, overvekt og fedme, høyt blodtrykk og ugunstige fordelinger av blodfettstoffer (Mosand og Stubberud 2010). Røyking, stort alkoholforbruk, dårlige ernæringsvaner og fysisk inaktivitet er også risikofaktorer som spiller inn. Fysisk inaktivitet kombinert med overvekt og fedme er den største risikofaktoren for å utvikle diabetes 2. Denne kombinasjonen medfører ofte til redusert insulinsekresjon og dermed også følsomheten for insulin (Helsedirektoratet 2009).

Det er vanskelig å finne helt klare tall for hvor mange som lever med diabetes (Stene 2004). Årsaken til dette er at sykdommen utvikler seg langsomt, ofte uten noen klare symptomer eller plager. Dette medfører at en rekke mennesker kan gå i måneder eller år før de blir diagnostisert med diabetes. De fleste som får diabetes 2 vil leve med nedsatt glukosetoleranse i mange år før de utvikler sykdommen. Denne tilstanden kalles prediabetes og er et forstadium til permanent diabetes. Disse menneskene betraktes for å være i risikogruppen for diabetes 2 (Sagen 2011).

Diabetes gir økt risiko for andre alvorlige og kroniske sykdommer. Hjerte – og karsykdommer er et eksempel. Personer med diabetes har 3-5 ganger større sjanse å dø av hjerte- og karsykdommer enn personer som ikke har denne sykdommen. Livsstilssykdommer kan forebygges. Den økte forekomsten av denne sykdommen, sammen med den økte risikoen for hjerte- og karsykdommer, gjør det nødvendig med større satsing på forebyggende arbeid (Helsedirektoratet 2009).

Livsstilssykdommer som diabetes 2 kan avverges gjennom å endre livsstil. Dette innebærer blant annet kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet. Slike livsstilsendringer har gjennom flere studier vist seg å virke forebyggende mot utviklingen av diabetes (Tuomilehto m.fl. 2001).

1.2 Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan veilede og motivere pasienter til å endre livsstil i arbeidet mot å forebygge diabetes 2. Det vil også bli lagt vekt på utfordringer slik veiledning og motivasjon kan medføre. Oppgaven vil ha et sykepleieperspektiv der sykepleiernes meninger og erfaringer blir satt i fokus.

I følge samhandlingsreformen som trådte i gang i begynnelsen av 2012, skal forebyggende arbeid settes mer i fokus innen den norske helsesektoren. Helsetjenesten skal i større grad enn tidligere arbeide opp mot å forebygge sykdommer slik at penger og ressurser blir spart. Det skal lønne seg å forebygge frem for å behandle. Forebygging av livsstilssykdommer som diabetes 2 vil bli aktuelt, derfor vil sykepleieres rolle i forebyggingsarbeidet mot denne sykdommen få en betydelig rolle de neste årene (Regjeringen 2009).

Det er i hovedsak kommune- og primærhelsetjenesten som skal få økt ansvar innen forebyggende arbeid (Regjeringen 2009). Det vil derfor være aktuelt å rette oppgaven opp mot hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten kan formidle og utføre forebyggende arbeid.

Oppgaven er basert på den høye forekomsten av diabetes 2 de siste årene. Denne sykdommen har i følge Helsedirektoratet (2009) blitt en av de vanligste sykdommene blant pasienter og brukere i det norske helsevesenet. Ved å arbeide etter samhandlingsreformens formål vil forebyggende arbeid kunne være med å redusere denne epidemiske sykdomsveksten.

For å styrke besvarelsen av oppgaven og for å svare på hensikten er det utarbeidet to støttespørsmål:

1. «Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter som er i faresonen for å utvikle diabetes 2 til livsstilsendringer?»
2. «Hvilke utfordringer kan livsstilsveiledning medføre for sykepleiere?»

1.2.1 Forkortelser

Diabetes mellitus type 2 vil bli forkortet til diabetes 2 i oppgaven.

Studien Diabetes Prevention Study vil bli forkortet til DPS i oppgaven.

2.0 Metode

Bacheloroppgaven er bygd på en allmennlitteraturstudie. En allmennstudie er en litteraturoversikt, det vil si en litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. De fleste forskningsprosesser starter med en allmenn litteraturgjennomgang (Forsberg og Wengström 2008).

Bacheloroppgaven vil kunne betraktes som en usystematisk allmennlitteraturstudie. Dette skyldes begrenset skriveid til denne oppgaven og oppgavens avgrensede omfang. En allmennlitteraturstudie krever dypere granskning av forskning. Dette vil ikke bli prioritert i denne bacheloroppgaven.

2.1 Fremgangsmåte

For å svare på støttespørsmålene og for å gi svar på hensikten vil oppgaven besvares etter IMRaD-strukturen. Denne strukturen passer bra for denne oppgaven da den vil gi besvarelsen et ryddig og oversiktlig preg. IMRaD- strukturen er inndelt i fire hovedkategorier: introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon. Referansene og litteraturlisten følger Harvard-systemet.

Denne besvarelsen tar utgangspunkt i en introduksjonsdel der bakgrunnen og årsaken til valg av tema for oppgaven er beskrevet. Hensikten med oppgaven er også belyst i denne delen. Resultatene fra forskningsartiklene er fremstilt i en egen resultatdel. Diskusjonsdelen er delt i to deler, en resultatdiskusjon og en metodediskusjon. Resultatdiskusjonen tar for seg hovedfunnene fra resultatet og drøfter de opp mot annen relevant litteratur. I metodediskusjonen belyses fordeler og svakheter med oppgaven, samt at ulike beslutninger som er tatt i forhold til besvarelsen blir nærmere forklart. Oppgaven avsluttes med en kort og konkret konklusjon som vil gi svar på hensikten.

2.2 Analyseprosessen

Analyseprosessen ble gjennomført ved at 13 forskningsartikler ble funnet ved søk på søkebasene Medline, Cinahl og Svemed+. De mest brukte søkeordene er *diabetes mellitus type 2*, *counseling*, *prevention*, *physical activity*, *motor activity* og *patient education*. Artiklene ble i første omgang lest i helhet og deretter ble de systematisert og nøye gransket for å finne betydningen med studiene. Når dette var gjort, ble hovedfunnene fra forskningsartiklene satt opp mot hverandre for å finne likheter og ulikheter. Dette resulterte i at hovedfunnene ble inndelt i subkategorier. Deretter ble subkategoriene sammenliknet med hverandre for å finne flere likheter og ulikheter. Til slutt ble hovedfunnene fra subkategoriene inndelt i tre kategorier, som ble til overskriftene i resultatdelen. Eksempel på et utdrag av analyseprosessen finnes i vedlegg 1. En tabell over forskningsartikler som er inkludert i oppgaven finnes i vedlegg 2. Begge vedleggene ligger bakerst i oppgaven.

2.3 Inkluderinger og ekskluderinger

På grunn av oppgavens begrensninger av tid og omfang vil det være nødvendig med noen avgrensninger rundt det valgte temaet. Oppgaven vil baseres på voksne i aldersgruppen 40-65 år. Forskningsartikler fra de ti siste årene vil bli prioritert da dette vil belyse den nyeste forskningen innen temaet. Det vil bare vektlegges forskning som er gjennomført innenfor Europa og USA slik at livsstilsendringene i studiene er basert på like kulturer. For å avgrense begrepet livsstilsendringer vil besvarelsen ha fokus på kostholdsendringer og fysisk aktivitet.

Inklusjonskriterier er veiledning fra sykepleiere, primærhelsetjenesten, livsstilsendringer, utfordringer, middelaldrende menn og kvinner.

2.4 Etiske overveielser

Ved en litteraturstudie skal det alltid forekomme etiske overveielser (Etikkom 2013). Denne oppgaven omhandler både kvantitative og kvalitative studier som er basert på personlige opplysninger, tanker, meninger og verdisyn av deltagerne. Studiene som er brukt i oppgaven har allerede anonymisert deltagerne, men for å forsvare forskningen er studiene på forhånd undersøkt for om de er godkjent av etiske komiteer. De studiene der det ikke står konkret at de er godkjent av etisk komité, har blitt antydnet å være det ettersom de er publisert offentlige tidsskrifter.

Under søkeprosessen av forskningsartiklene har det blitt arbeidet etter etiske verdier. Det vil si at det har vært stor åpenhet for dataen som søkene ga. Det har blitt redegjort for ulike verdier og ståsteder fra forskningene og de har blitt tatt i betraktning og anvendt i oppgaven.

2.4.1 Håndøk

Etter å ha lest den norske artikkelen «Nye retningslinjer for forebygging av type 2-diabetes» som er en sekundærkilde, ble forskningsartikkelen «Quality Indicators for the Prevention of Type 2 Diabetes in Europe – IMAGE» funnet. Denne forskningsartikkelen ble funnet på Medline 14.03.13 og er anvendt i resultatdelen.

2.5 Tabell over søkestrategier

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
06.03.13	Medline	Abstracts, Middle-aged (45-64 years), Danish, English, Norwegian, Swedish, Prognosis (Best balance of sensitivity and specificity), Qualitative (Best balance of sensitivity and specificity)	Diabetes prevention, Physical activity, AND	29	*12 **9	***5	3	1
06.03.13	Medline	Abstracts, Middle-aged (45 to 64 years), Danish, English, Norwegian, Swedish	Diabetes mellitus type 2, Motor activity, Prevention AND	131	*80 **20	***25	6	1
06.03.13	Cinahl	Teaching, guidance and counseling (omaha)	Diabetes mellitus type 2, Patient education, Counseling, AND	49	*35 **5	***9	5	2
08.03.13	Medline		FIN D2D	23	*15 **2	***3	3	1
08.03.13	SveMed+	Nor	FIN D2D, Diabetes mellitus type 2, AND	219	*200 *9	***5	4	1
10.03.13	Medline	Author	Lindström J	43	*20 **3	***12	5	2

11.03. 13	Medline	Abstracts Prognosis (Best balance of sensitivity and specificity), Qualitative (Best balance of sensitivity and specificity), Danish, English, Norwegian, Swedish, Middle-aged (45 to 64 years)	Patient education and counseling, Diabetes mellitus type 2, AND	45	*30 **5	***4	6	2
15.03. 13	Cinahl		Motivational Interviewing, Diabetes mellitus type 2, AND	22	*15 **4	***3	2	1
28.02. 13	Cinahl	2005-2012	Diabetes mellitus type 2, Patient education, Counseling, AND	32	*20 **3	***4	3	1

*Antallet ekskluderte artikler etter leste titler.

**Antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakter.

*** Antall artikler som er lest i helhet.

3.0 Resultat

Denne delen av oppgaven er inndelt i tre kategorier. Alle kategoriene vil presentere hovedfunnene i forskningsartiklene knyttet opp mot hensikten til oppgaven.

3.1 Livsstilsendringer gjort via livsstilsprogram og veiledning fra sykepleier

I følge ulike europeiske studier viser resultater at livsstilsendringer har en forebyggende effekt på utviklingen av diabetes 2 (Saaristo m.fl 2010, Penn m.fl. 2009, Lindström m.fl. 2003, Lindström m.fl. 2006, Vermunt m.fl. 2011, Gilis-Jenuszewska m.fl. 2011). En annen studie gjort av Gilis-Jenuszewska m.fl. (2011) viser at livsstilsendringer innen kosthold og økt fysisk aktivitet kan føre til en risikoreduksjon av diabetes på opp mot 60 %. Regelmessige kliniske og metabolske målinger av deltagerne i ulike studier viser positive forbedringer. Livsstilsendringer har en klar effekt på blant annet blodtrykk, insulintoleranse, fastende blodsukkerverdier og HDL-kolesterolet (Saaristo m.fl. 2010, Lindström m.fl. 2003, Vermunt m.fl 2011).

Flere studier har basert seg på den finske DPS (Gilis-Januszewska m.fl 2011, Vermunt m.fl. 2011, Penn m.fl 2009, Lindström m.fl 2003, Lindström 2006 og Saaristo m.fl. 2010). I denne studien ble det gjennomført et livsstilsprogram for frivillige personer som befant seg i risikogruppen for utvikling av diabetes 2. Dette var en form for livsstilsendring der deltagerne ble inndelt i to ulike grupper - en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Deltagerne ble likt antall fordelt og både menn og kvinner deltok. Intervensjonsgruppen fikk regelmessig veiledning og opplæring innen livsstilsendringer, som konkrete ernærings tiltak og fysisk aktivitetslære. Dette fikk ikke kontrollgruppen. Disse deltagerne fikk kun råd innen kosthold og fysisk aktivitet og måtte selv ta initiativ til å endre livsstilen sin (Lindström m.fl. 2003).

Det ble tatt kliniske og metabolske prøver av deltagerne både før, under og etter studien. Personlige mål for livsstilsendringene ble utviklet i samarbeid med sykepleiere og annet helsepersonell (Lindström m.fl. 2003). Samtlige studier som er basert på DPS var deltagerne definert som overvektige og mange av dem var sykelige overvektige med en KMI på over 30 kg/ m² (Gilis-Januszewska m.fl 2011, Vermunt m.fl. 2011, Penn m.fl 2009, Lindström m.fl 2003, Lindström 2006 og Saaristo m.fl. 2010). Deltagerne var i generelt dårlig fysisk form der de fleste beskrev seg selv som inaktive og var mye stillesittende (Lindström m.fl. 2003).

I den finske DPS er det samlede målet for studien at deltagerne skal gå ned minst 5 % av kroppsvekten sin. Dette skal de gjøre ved å være i fysisk aktivitet minst 30 minutter fem ganger i uka, det totale fettinntaket i det daglige kostholdet skal være under 30 %, mengden mettet fett skal holdes under 10 %, og mengden kostfiber skal økes til minst 15 g/1000 kcal (Pajunen m.fl. 2010).

For at deltagerne skal bli kjent med disse målene og få innsikt i hva slik livsstilsendring innebærer, krever det veiledning og opplæring fra sykepleiere. I den polske studien gjort av Gilis-Januszewska m.fl (2011) fikk deltagerne i intervensjonsgruppen livsstilsveiledning fra sykepleiere i primærhelsetjenesten. De fikk seks veiledningstimer som var tilpasset hver enkelt deltager. De ble deretter regelmessig fulgt opp med jevnlig veiledningstimer i en åttemånedersperiode.

I følge Lindström m.fl. (2006) og Saaristo m.fl. (2010) ser man en tydelig forbindelse mellom utviklingen av diabetes og oppnådd mål om livsstilsendring. De deltagerne som ikke klarte å bevare livsstilsendringene i oppfølgingsårene etter endt studie hadde en betydelig større sjanse for å utvikle diabetes enn de som klarte det. Resultater viser en klar sammenheng mellom utvikling av diabetes 2 og vektnedgang (Lindström m.fl. 2003). Dette hadde en trinnvis effekt. Desto mer deltageren klarte å gå ned i vekt, jo mindre ble sjansen for sykdomsutvikling (Saaristo m.fl. 2010).

Studien gjort av Lindström m.fl.(2006) viser at livsstilsendringer har en forebyggende langtidseffekt. Studien viser også at livsstilsendringer gjort via aktiv veiledning fra sykepleier gir best utbytte det første året mens livsstilsveiledningene pågår. De fleste deltagerne mottok individuelle veiledningstimer, enkelte deltok i gruppetimer, mens et fåtall deltok på både individuell- og gruppebasert veiledning (Saaristo m.fl. 2010).

Etter tre år med oppfølging av deltagerne som deltok i DPS viser at antallet som reduserte diabetesutvikling var på hele 58 %. (Lindström m.fl. 2003). Resultater fra andre studier basert på DPS viser at deltagerne i intervensjonsgruppen reduserte risikoen for sykdomsutvikling i større grad enn deltagerne i kontrollgruppen (Lindström m.fl. 2006, Lindström m.fl. 2003 og Penn m.fl. 2009). Resultatene viser også at det ble mindre ulikheter mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i årene etter livsstilsendringene. Desto flere år etter studien var avsluttet, jo mindre forskjeller var det mellom de to gruppene. Dette kan ha sammenheng med at veiledningen og oppfølgingen fra sykepleiere var mest intenst det første året (Lindström m.fl. 2003).

I følge Lindström m.fl.(2006) er god veiledning og oppfølging fra sykepleier i primærhelsetjenesten avgjørende for hvor effektiv langtidseffekten av livsstilsendringene er. Resultatene fra flere studier viser at deltagerne i intervensjonsgruppene som mottok god veiledning og oppfølging under studieperioden hadde de beste langtidseffektene flere år etter endt livsstilsendring (Saaristo m.fl. 2010, Lindström m.fl. 2006, Lindström m.fl. 2003, Penn m.fl. 2009, Vermunt m.fl. 2011 og Gilis-Januszewska m.fl 2011).

Etter sju år med oppfølging av deltagerne var risikoen for å utvikle diabetes 2 fortsatt redusert. Det viser seg også at veiledning og oppfølging fra sykepleier i primærhelsetjenesten fungerer på sikt.

Deltagerne som hadde gått ned minst 5 % av kroppsvekten sin og som hadde klart å opprettholde et stabilt fysisk aktivitetsnivå, samt hadde bevart kostholdsendringene, reduserte risikoen for å utvikle diabetes. Enkelte hadde så gode kliniske og metabolske resultater at de var ute av faresonen som sykdomsutvikling (Lindström 2006).

3.2 utfordringer sykepleiere møter ved livsstilsveiledning

Forebyggende arbeid har de siste årene blitt satt mer i fokus i europeisk helsevesen. Politikere i Europa har kommet frem til at forebyggende arbeid som livsstilsendringer er en nødvendighet i arbeidet for å bremse den store veksten av diabetes. Hvert land burde i følge Pajunen m.fl (2010) ha sin egen nasjonale retningslinje som skal være med å redusere utviklingen av diabetes 2. Retningslinjene bør være tilpasset kulturer og etnisiteter innen de ulike landene i Europa.

For å kunne gjennomføre et slikt forebyggende prosjekt mener Pajunen m.fl. (2010) at det kreves endringer innen dagens helsesystem. Økt fokus på forebyggende arbeid ved alle helsefagutdanninger må prioriteres. Dette vil styrke den grunnleggende kunnskapen innen forebygging hos helsepersonell. Det vil også være nødvendig å sette tverrfaglig samarbeid i fokus. Helsepersonell må kunne samarbeide tettere slik at forebyggende arbeid og oppfølging av pasienter blir fulgt opp.

I følge studien gjort av Jansink m.fl. (2010) er manglende kunnskap innen livsstilsendringer et utbredt problem blant sykepleiere. Flere sykepleiere i studien rapporterte at de følte de hadde for lite kunnskap innen fysisk aktivitet, ernæring og røykeslutt. Dette førte ofte til at sykepleierne unngikk slike veiledninger og lot ansvaret ligge på ernæringsfysiolog og fysioterapeut. I samme studie ble det rapportert at enkelte pasienter ikke ønsket å møte ernæringsfysiolog. I disse tilfellene stod sykepleiere ansvarlige for veiledning innen livsstilsendringer. Dette var vanskelig for enkelte sykepleiere og stadig ble livsstilsveiledning erstattet med enkle trenings- og kostholdsråd. I en annen studie gjort at Jallinoja m.fl. (2007) var det enighet i at veiledning, støtte og motivasjon er en del av sykepleieryrket og at sykepleierne derfor stod ansvarlige for at pasientene mottok livsstilsveiledning.

Studiene fra Jansink m.fl (2010) og Jallinoja m.fl (2007) tar opp sykepleieres manglende veiledningskunnskaper. Enkelte sykepleiere syntes det var vanskelig å utvikle en konkret og strukturert plan for å tilnærme seg pasientene. Det resulterte i at informasjonen og veiledningen sykepleieren ga ikke var tilfredsstillende nok og dermed ikke nådde frem til pasienten. Andre sykepleiere hadde vanskelig for å tilpasse veiledningen etter pasientens kunnskapsnivå (Jansink m.fl. 2010). I følge Pajunen m.fl. (2010) er det viktig at sykepleiere møter pasienten på pasientens nivå. Ved å kartlegge kunnskaps- og motivasjonsnivået til pasienten vil det bli lettere å utvikle en individuell plan for livsstilsendringer, noe som vil gjøre veiledningen lettere.

Den vanligste utfordringen sykepleiere møter ved livsstilsveiledning er pasienters manglende vilje til å endre livsstil (Jansink m.fl. 2010 og Jallinoja m.fl. 2007). Dette satte ofte en stopper for livsstilsveiledningen og mange sykepleiere mistet motivasjonen for videre veiledning og oppfølging av pasienten. Sykepleiere følte de stadig måtte gjenta informasjon og veiledning til pasienten og at pasienten ikke tok til seg lærdommen. Dette fikk sykepleiere til å føle seg maktesløse og lite verdt. Noen ganger resulterte dette i at sykepleiere hadde manglende sympati overfor pasienten. De klarte ikke å sette seg inn i pasientens situasjon om at det mest sannsynlig var en årsak til at livsstilsendringer kunne være vanskelig å gjennomføre. Enkelte sykepleiere ga derfor opp arbeidet om livsstilsveiledning (Jansink m.fl. 2010).

Studiene til Jansink m.fl (2010) og Jallinoja m.fl. (2007) viser også at sykepleiere satt for høye krav til livsstilsendringer for pasientene. Dette medførte at pasientene trakk seg unna fordi kravene ble for store, mens andre pasienter ga opp fordi de ikke så raske nok resultater av livsstilsendringene.

Andre sykepleiere syntes det var ubehagelig å gi livsstilsveiledning til pasienter som ikke ønsket det. På denne måten var de redd for å ødelegge forholdet mellom dem og pasienten (Jansink m.fl. 2010). I resultatene fra studiene gjort av Morrato m.fl. (2006) og Salmela m.fl (2011) syntes enkelte sykepleiere det var lettere å gi livsstilsveiledning til overvektige eller sykelige overvektige personer, som hadde 3 eller flere risikofaktorer for å utvikle diabetes 2. Dette blir assosiert med at ytre risikofaktorer er lettere å oppdage både for pasient og sykepleier.

Flere studier tar opp sykepleiernes oppfatning av at pasientene har manglende innsikt i egen helsesituasjon (Jansink m.fl. 2010, Finbråten og Pettersen 2012 og Jallinoja m.fl. 2007). Enkelte pasienter trodde de hadde kunnskap innen fysisk aktivitet og ernæring og trodde de visste hva som skulle til for å endre livsstil. Disse pasientene ønsket ikke livsstilsveiledning, men ville gjennomføre livsstilsendringene på egenhånd (Jansink m.fl 2010). Resultatene fra studien gjort av Finbråten og Pettersen (2012) viser at mange sykepleiere opplever at pasienter som ikke har innsikt i egen helsesituasjon har vanskeligheter med å kvalitetssikre informasjon som vedrører deres helsetilstand. Mange har også vanskelig med å skille ut relevant vitenskapelig faglitteratur om sykdommen som finnes på internett og som florerer i media og samfunnet.

Det viser seg at pasienter som mentalt har akseptert og godtatt sin egen helsetilstand er mer åpen for livsstilsveiledning enn pasienter som ikke klarer å forstå helsesituasjonen sin (Salmela m.fl. 2011). Resultater fra samme studie viser at 68 % av deltagerne hadde mottatt livsstilsveiledning i en tidligere sammenheng. Ettersom dette var en frivillig studie viser resultatene at de deltagerne som rapporterte å ha mottatt tidligere livsstilsveiledning ønsket mer veiledning på grunn av økt interesse og motivasjon for livsstilsendringer.

I følge Salmela m.fl (2011) har pasienters bosettelse en sammenheng med om de hadde mottatt god livsstilsveiledning. Resultatene viser at pasienter boende i små distrikt mottar mindre livsstilsveiledning og oppfølging enn pasienter boende i by.

Både studien fra Jansink m.fl. (2010) og Jallinoja m.fl (2007) rapporterer at tid og ressurser er faktorer som hemmer sykepleiere i veiledning og oppfølging av pasienter. I følge Jallinoja m.fl. (2007) hadde sykepleiere det så travelt på jobb at de ikke hadde tid til å sette seg nærmere inn i pasientens livs- og hjemmesituasjon. Dette gjorde det vanskelig å gjennomføre god livsstilsveiledning ettersom sykepleieren ikke kjente pasientens livsstilsvaner. Studien gjort av Jansink m.fl. (2010) var det mangel på tid og ressurser som hindret sykepleiere i å holde seg faglig oppdatert på ny forskning innen forebyggende arbeid og livsstilsveiledning.

3.3 Sykepleierens rolle som veileder

Studien gjort av Pajunen m.fl. (2010) er basert på et forebyggende prosjekt kalt IMAGE. Dette prosjektet er utviklet for å bremse den store veksten av livsstilssykdommer, som blant annet diabetes 2. For å oppnå målet, ønsker IMAGE-prosjektet at alle europeiske land skal ha en forebyggende plan for å redusere diabetesutviklingen. Det bør utvikles retningslinjer som skal fungere forebyggende mot livsstilssykdommer.

For at slike retningslinjer skal ha best mulig effekt er det nødvendig at de er tilpasset ulike kulturer og minoriteter i Europa. Slike retningslinjer har som formål å hjelpe sykepleiere og annet helsepersonell til å finne riktige måter å hjelpe pasienter ut av risikoen for å utvikle livsstilssykdommer.

Retningslinjene er også utviklet på et samfunnsnivå som er tilpasset den generelle befolkningen.

Kliniske målinger er en viktig del av forebyggende arbeid. Ved å lage standardmålinger for hva som defineres som faretruende for utvikling av diabetes 2, kan slike målinger sammen med de samfunnsrettede retningslinjene ha en forebyggende effekt, ettersom de vil virke advarende. Ved å tilpasse retningslinjene etter kunnskapsnivå som pasienter forstår vil det lette veiledningsarbeidet for helsepersonell (Pajunen m.fl. 2010).

Før sykepleiere starter livsstilsveiledningen er det nødvendig å kartlegge pasientens risikofaktorer for diabetesutvikling, slik at sykepleieren gjør seg kjent med hvilken veiledning pasienten trenger og hvordan livsstilsendringer som vil være aktuelle. Det vil også være lurt å redegjøre for pasientens motivasjon for å finne ut hvor åpen og klar pasienten selv er for slike livsstilsendringer. Ut ifra dette kan det utarbeides en individuell plan for livsstilsveiledningen (Pajunen m.fl. 2010). Planen skal utarbeides i samhold av sykepleier og pasient (Lindström m.fl. 2003). På denne måten vil pasientens motivasjon holdes oppe og målene som blir utarbeidet i planen vil føre til at pasienten klarer å endre livsstil og å redusere risikoen sykdomsutvikling (Pajunen m.fl. 2010).

En annen veiledningsstrategi som er hentet fra studien gjort av Cohen m.fl. (2010) blir kalt Læringsøyeblikk. Denne type motiverende veiledning tar sikte på å endre pasientens måte å tenke på ved å fange opp bekymringer eller temaer som pasienten tar opp under samtale. Ved å sette dette i fokus kan helsepersonell knytte bekymringen over på det temaet helsepersonellet har lyst å fokusere på. På denne måten fanges oppmerksomheten til pasienten og det kan skape læringsmotivasjon. Målet er holdningsendringer og at pasienten skal bli motivert til å endre egen helsesituasjon.

Læringsøyeblikk er en fin måte å innlede til livsstilsveiledning for sykepleiere og annet helsepersonell som jobber i primærhelsetjenesten. Det er primærhelsetjenesten pasienter oftest oppsøker i førsteomgang når de står overfor et problem eller har en bekymring innen egen helse. Det vil derfor være lettere for sykepleiere som arbeider i denne tjenesten å ta tak i pasientens bekymringer på et tidlig stadium slik at bekymringene kan reduseres eller stoppes før det utvikles og forverres (Cohen m.fl. 2010). For at læringsøyeblikk skal oppstå er det viktig at sykepleiere griper tak i de mulighetene de har til å linke pasientens bekymringer opp mot livsstilsendringer. I følge Cohen m.fl (2010) og Morrato m.fl. (2006) unnlater eller glemmer ofte sykepleiere av å spørre pasienter om livsstilsendringer, eller så klarer de ikke å linke pasientens bekymring opp mot dette temaet. I noen tilfeller er det pasientene som avviser sykepleiernes forsøk på å endre holdninger eller oppfordrer til livsstilsendringer (Cohen m.fl 2010). I slike tilfeller er det nødvendig at det finnes flere veiledningsstrategier sykepleiere kan anvende. Det er dette IMAGE-prosjektet arbeider for og derfor er ønsket om flere veiledningsstrategier innen de forebyggende retningslinjene en nødvendighet (Pajunen m.fl. 2010).

Sykepleiere som deltok i studien til Jallinoja m.fl. (2007) var enige i at pasienter må akseptere at de selv har et ansvar for egen helse, og dermed må ta initiativ til livsstilsendringer. Livsstilsveiledning til pasienter som selv ikke ønsker eller er klare for å endre livsstil, mener sykepleierne er vanskelig. På samme tid er det enighet i at informasjon, veiledning, motivasjon og støtte er en del av sykepleierket. Derfor er sykepleiere pliktige til å hjelpe pasienter som er i risiko for diabetesutvikling til å forstå viktigheten med livsstilsendringer.

For at utviklingen av diabetes skal reduseres er det i følge Pajunen m.fl. (2010) og Finbråten og Pettersen (2012) viktig at helsepersonell tenker på enkeltindividet ved livsstilsveiledning. Hver enkelt pasient har ulike behov og ulike tilnæringsmåter for å oppnå livsstilsendringer. Studien gjort av Salmela m.fl. (2011) påpeker at kvaliteten på livsstilsveiledningen vil være bedre i de tilfellene sykepleiere tilpasser veiledningen etter kunnskapsnivået til pasienten. Pasienters ulike behov kan være veldig varierende, men for å nå målet om livsstilsendring er det viktig at slike ulikheter blitt tatt

på alvor. Sykepleiere må derfor være åpne og fleksible i veiledningsarbeidet. De må tørre å tenke annerledes og ikke være redd for å feile, slik vil målene om livsstilsendringer lettere oppnås.

Enkelte pasienter har i tillegg andre sykdommer. Fysiske og/eller psykiske nedsettelse kan gjøre det vanskelig å gjennomføre store endringer innen kosthold og økt fysisk aktivitet. I slike situasjoner er viktigheten med individuell veiledning avgjørende for måloppnåelse (Jansink m.fl. 2010).

Studiene gjort av Cohen m.fl. (2010), Salmela m.fl. (2011) og Pajunen m.fl. (2010) tar opp behovet om at sykepleiere må bli ennå flinkere til å oppfordre pasienter til livsstilsendringer. I følge Morrato m.fl. (2006) må sykepleiere bli bedre til å tenke forebyggende på et svært tidlig stadium. Mange pasienter har kunnskap innen forebyggingstiltak mot diabetes 2. De vet at kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet reduserer utviklingen. Problemet ligger i følge Finbråten og Pettersen (2012) i at pasienter ikke klarer å linke sin egen helsesituasjon opp mot risikofaktorer og forebyggingstiltak. God veiledning og holdningsendringer fra sykepleiere er derfor viktig.

4.0 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen er inndelt i tre underkategorier med samme overskrift som kategoriene i resultatdelen. Underkategoriene er igjen inndelt i overskrifter som omhandler temaer som blir drøftet.

For å gi svar på hensikten vil hovedfunnene fra resultatet bli diskutert opp mot annen litteratur. Sidsel Tveitens veiledningsteori (2008) vil drøfte hovedfunnene opp mot hvordan sykepleiere kan veilede pasienter til livsstilsendringer og hvordan ulike veiledningsmetoder som kan anvendes. Samhandlingsreformen og nasjonale retningslinjer for diabetes vil også bli brukt, der fokuset ligger på sykepleieres forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten.

4.1 Livsstilsendringer gjort via livsstilsprogram og veiledning fra sykepleier

4.1.1 Introduksjon fra resultatet

Resultatet viser at livsstilsendringer har en forebyggende effekt på livsstilssykdommer. Endringer av kostholdsvaner og økt fysisk aktivitet kan redusere risiko eller bremse utvikling av diabetes 2. Det viser seg at slike livsstilsendringer kan hindre forekomsten av diabetes med opp mot 60 %. Kliniske målinger før, under og etter studier viser positive forbedringer på blant annet blodtrykk, insulintoleranse, fastende blodsukker og HDL-kolesterol. Livsstilsendringer gjort via intervensjonsprogram har gitt gode resultater og ser ut til å virke effektiv som forebyggingstiltak. Deltagerne i de fleste livsstilsstudier i resultatet var overvektige, ofte med en KMI på 30 kg/m². Det er en klar sammenheng mellom diabetesutvikling og vektnedgang. Deltagere som klarte å gå ned 5 % av kroppsvekten sin eller mer, viste seg å ha bedre forutsetninger for redusere sykdomsutvikling enn de deltagerne som ikke klarte det. Livsstilsendringer tyder på å ha en forebyggende langtidseffekt, men på samme tid viser resultatet at livsstilsendringer har best effekt på deltagerne mens intervensjonsprogrammet pågår. God oppfølging fra sykepleiere i primærhelsetjenesten er avgjørende for langtidseffekten av livsstilsendringene.

4.1.2 Tiltak for livsstilsendringer på et samfunnsmessig og et individuelt plan

Den epidemiske utviklingen av diabetes 2 har gjort det nødvendig å satse på økt forebyggende arbeid, på verdensbasis og i Norge (Regjeringen 2009). I et forebyggende helseperspektiv er det to faktorer som kan påvirkes. Den ene er enkeltindivider med risiko for diabetesutvikling og den andre er samfunnet med den generelle befolkningen i fokus (Sagen 2011). Etter at samhandlingsreformen satte ansvaret for det forebyggende arbeidet over på kommune- og primærhelsetjenesten, er det sykepleiere og annet helsepersonell som står i spissen for forebyggingsarbeidet. Et slikt arbeid kan omhandle forebyggende tiltak på et samfunnsmessig plan, men også individuelle forebyggingstiltak til enkeltpersoner (Regjeringen 2009).

Forebyggende livsstilsendringer på et samfunnsnivå kan være med å tilrettelegge slik at det blir lettere for enkeltpersoner å drive med fysisk aktivitet på daglig basis. Utbygging av gang- og sykkelveier, trimgrupper og mer aktivitet på skole og jobb er tiltak som allerede er utarbeidet og kan være med å stimulere til livsstilsendringer. Det samme gjelder kostholdstiltak, der samfunnet appellerer til en bedre livsstil ved å nøkkelhullsmerke sunnere matvarer og fjerne moms på frukt og grønnsaker (Allgot 2011). Sett i fra et helsefremmende perspektiv er dette gode tiltak, men på samme tid er slike tiltak vanskelig å få til å fungere for et helt samfunn. Dette står i samsvar med studien gjort av Korkikanges m.fl (2010) der deltagerne syntes det kunne være krevende å få tid til fysisk aktivitet i en hektisk hverdag som var preget av lange og stillesittende arbeidsdager. Dette viser at samfunnsmessig tilrettelegging og store landskampanjer ikke er tilstrekkelige tiltak og krever at sykepleiere og annet helsepersonell må handle på andre måter ved å individualisere tiltak.

4.1.3 Livsstilsendringer gjort via livsstilsprogram

Som kartlagt i resultatdelen viser det seg at diabetes 2 kan forhindres gjennom livsstilsprogram der pasienter med risiko for diabetes får individuell veiledning og oppfølging av sykepleiere. Slik resultatet fremhever, er livsstilsprogrammer utført i primærhelsetjenesten som vektlegger kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet et gunstig forebyggingstiltak. Studien til Tuomilehto m.fl. (2011) støtter dette med å konkludere med at livsstilsendringer gjort via intervensjon og veiledning fra sykepleiere har en positiv effekt på diabetesutviklingen.

Ettersom overvekt og inaktivitet er blant de største risikofaktorene for utviklingen av diabetes 2 må disse faktorene settes i fokus. Overvekt og fedme, og spesielt fedme som ligger rundt mageregionen er forbundet med nedsatt glukosetoleranse, økt blodtrykk, ugunstige blodfettstoffverdier, høyt fastende blodsukker og en økning av HDL-kolesterolet (Aas 2011). Slike risikofaktorer kan sykepleiere være med å endre på, spesielt ettersom kliniske og metabolske målinger viser at livsstilsendringer kan virke positive på slike negative forekomster. Dette tyder på at livsstilsendringer ikke bare reduserer diabetesutvikling, men hemmer også utvikling av koronare sykdommer som hjerteinfarkt og hjerneblødning, noe som samsvarer med påstandene til Aas (2011). Sett i fra et forebyggende perspektiv er dette individuelle forebyggingstiltak, men som på sikt vil ha stor betydning for samfunnet. Overvektige pasienter som oppsøker primærhelsetjenesten ønsker ofte å få hjelp til vektnedgang og livsstilsendringer. I slike tilfeller er det sykepleiere i kommune- og primærhelsetjenesten som står ansvarlige for å hjelpe denne pasientgruppen (Aas 2011). Dette krever at sykepleiere og annet helsepersonell har kompetanse til å hjelpe denne pasientgruppen. Tidligere forskning poengterer at en vektreduksjon på 5 % eller mer av egen kroppsvekt er et gunstig forebyggingstiltak, og at livsstilsprogrammer som legger vekt på at pasienter skal endre kostvaner og øke fysisk aktivitetsnivået ser ut til å ha gode resultater (Sagen 2011 og Tidsskrift for Den norske

legeforening 2010). Dette er i for seg bra ettersom en vektreduksjon kan bedre insulinfølsomheten, som igjen vil føre til at insulinet lettere blir tatt opp i cellene og blodsukkernivået synker. På samme tid fungerer ikke slike livsstilsendringer hvis ikke pasienten forstår konsekvensene av å være i faresonen for diabetesutvikling. Sykepleiere har derfor et stort ansvar med å informere pasienten om at virkningen og konsekvensene av å være i risiko for diabetes. Det gir bedre forutsetninger for et ønske om økt kunnskap og vilje til livsstilsendring hos pasienten. Nasjonale strategier påpeker at sykepleiere har plikt til å motivere pasienter som ønsker å gå ned i vekt, noe som fremhever ansvaret sykepleiere står overfor (Regjeringen 2010).

4.1.4 Veiledningssamtale

Veiledning står i følge Tveiten (2008) sentralt i sykepleierens funksjon og er en del av sykepleieyrket. Gjennom kommunikasjon skal den som veileder legge til rette for at den som veiledes skal oppdage, lære og via dette styrke sin mestringskompetanse. Bevisstgjøring er et viktig element i veiledning. Slik Tveiten poengterer, må sykepleiere ta utgangspunkt i hver enkelt pasients læringsforutsettelser, slik at veiledningen fungerer optimalt for begge parter. For å være sikker på at pasienten forstår og tar til seg veiledningen vil det være hensiktsmessig at sykepleieren planlegger veiledningen på forhånd. Dette kan gjøres gjennom å utarbeide en veiledningssamtale. Med utgangspunkt i Graue og Haugstvedt (2011) sin veiledningssamtale, kan samtalen deles inn i tre hoveddeler. Innledningsdelen handler om innledning til samtale der sykepleieren må danne relasjoner med pasienten. Rammer for samtalen, kartlegging av problemer og klargjøring av samtalens mål står sentralt. Midtdelen omhandler pasientens syn og perspektiv av egen situasjon. Fokuset ligger på godt samarbeid for problemløsning. I avslutningsfasen er det sykepleierens ansvar å avrunde samtalen. En oppsummering kan være aktuell og kan hjelpe både sykepleier og pasient til å klargjøre om målet for samtalen er oppnådd. Planlegging av veien videre og oppfølging er relevant for avslutningsdelen. Dette vil trolig gjøre veiledningen lettere for sykepleieren, samtidig vil det gjøre det enklere for pasienten å forstå veiledningen som gis.

4.1.5 Gruppebasert veiledning

Gruppebasert veiledning og selvhjelpsgrupper er aktuelle forebyggings tiltak sykepleiere ute i kommunene og primærhelsetjenesten kan igangsette (Karlsen 2007, Graue og Haugstvedt 2011 og Regjeringen 2009). Flere norske kommuner har startet opp trimgrupper, matlagingsgrupper, stavgangsgrupper og motivasjonsgrupper. Slike tiltak kan virke inspirerende for pasienter. Dette fremhever deltagerne i studien til Korkiakanges m.fl. (2010) som syntes gruppetrening og gruppeveiledning var motiverende. Det kan være lærerikt å dele erfaringer og diskutere med andre personer som befinner seg i samme livssituasjon, det kan gi en følelse om å være sammen om noe. På den andre siden vil ikke sykepleieren klare å bli like godt kjent med hver enkelt pasient når de er

samlet i gruppe. Ved gruppebasert veiledning kan generell veiledning, informasjon og råd ofte bli dominerende, noe som tyder på at veiledningen blir generalisert fremfor å bli spesifisert. Tveiten (2008) understreker at gruppebasert veiledning kan føre til at hver enkelt pasient får mindre oppmerksomhet enn de ville fått ved individuell veiledning, noe som igjen kan føre til at pasienten ikke mottar den veiledningen som den har behov for. Videre poengterer hun at det trolig vil være nødvendig at sykepleieren er tydelig på hva målet og innholdet gruppeveiledningen er, slik at budskapet ved veiledningen når frem til alle pasientene.

4.1.6 Langtidseffekten av livsstilsendringer

Slik forskningen fra resultatdelen bekrefter, viser det seg at pasienter som mottok livsstilsveiledning i en intervensjonsgruppe hadde bedre resultater etter at livsstilsprogrammet var avsluttet enn pasienter som deltok i en kontrollgruppe, der pasientene tok eget ansvar for livsstilsendringene. Dette støtter studien gjort av Tuomilehto m.fl. (2001) som viser til lignende virkninger. På samme tid tyder det på at det kan være vanskelig å oppnå varig vektreduksjon og å bevare livsstilsendringer etter endt livsstilsprogram. Forskningen i resultatdelen understreker at deltagere som deltar på livsstilsprogrammer oppnår store livsstilsendringer i perioden livsstilsveiledningen pågår. De endrer både kostvaner og øker det fysiske aktivitetsnivået sitt, som i flere tilfeller fører til at mange overvektige går ned i vekt. Når livsstilsprogrammet avsluttes, vil det være lett at deltagerne går tilbake til den livsstilen de hadde tidligere (Aas 2011). Dette kan bety at livsstilsveiledningen deltagerne mottar fra sykepleiere ikke er tilstrekkelig nok, ettersom mange havner tilbake til gamle levevaner. Derimot viser det seg at livsstilsendringer gjort via veiledning fra sykepleiere har en langtidseffekt, som bekreftes av Tuomilehto m.fl. (2001). Dette avdekker trolig at livsstilsveiledning gjort av sykepleiere har en positiv innvirkning på pasienters livsstilsendringer, men at det samtidig kan være krevende å tilpasse nye levevaner etter sitt daglige liv og derfor er det lett å falle tilbake til gamle uvaner.

4.1.7 Holdninger og atferdsendringer

Det kan være vanskelig for pasienter å forstå viktigheten, årsaken og konsekvensene med livsstilsendringer. Dette kan medføre at pasientene ikke forstår nødvendigheten med endringer. I slike situasjoner må sykepleiere prøve å forandre pasientens holdninger og dermed atferd til situasjonen. Dette gjelder både sykepleierens og pasientens holdninger i følge Granum (2003) og Karlsen (2011). Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren gi pasienten kunnskaper og ferdigheter innen pasientens helsetilstand. Ut i fra dette kan læring og utvikling av positive holdninger til helsesituasjonen forekomme (Brataas og Hermann 2003). Dette synliggjøres i studien til Korciakanges m.fl. (2010) der kunnskap om kostholdsendringer og fysisk aktivitet ga pasientene motivasjon, noe som resulterte i en atferdsendring innen livsstilsendringer. Resultatet fra denne

studien viser at holdningsforandringene førte i enkelte tilfeller til at deltagerne utviklet indre motivasjon til å endre livsstil. De opplevde glede og trivsel ved fysisk aktivitet, noe de ikke erfarte tidligere. I disse tilfellene ble fysisk aktivitet en del av hverdagen og i noen anledninger deltok hele familien på samme aktiviteter. På den andre siden viser forskning fra resultatdelen at mange sykepleiere syntes det var krevende å arbeide med pasienter som ikke var motivert og mottagelige for livsstilsendringer. Videre kommer det frem i forskningen fra resultatet at sykepleiere ofte ga opp livsstilsveiledningen i slike situasjoner fordi de følte at arbeidet var til ingen nytte. Sykepleieren vil trolig ikke komme noen vei med livsstilsveiledningen hvis ikke pasienten er åpen og påvirkelig for livstilsveiledning. Når dette er sagt, er tillit et viktig element som må være til stede mellom sykepleier og pasient for at atferdsendringer skal kunne oppstå. Hvis ikke sykepleieren klarer å skape et tillitsforhold til pasienten, er sannsynligheten for at livsstilsveiledningen mislykkes tilstede. Å oppnå tillit kan ta tid og kreves ressurser fra sykepleieren, det samme gjelder atferdsendringer. Tverrfaglig samarbeid med lege og psykolog bør derfor prioriteres fordi det kan forsterke dette arbeidet. I følge Torgauten (2011) tenker flere hoder som kjent bedre enn ett, og ved at flere helsefagarbeidere samarbeider om samme pasient, mot samme mål, kan målet om atferdsendringer enklere oppstå og pasienten får bedre forutsetninger for å klare å endre livsstil.

4.2 Utfordringer sykepleiere møter ved veiledning

4.2.1 Introduksjon fra resultatdelen

Forebyggende arbeid har de siste årene blitt en stor del av helsepolitikken i Norge og resten av Europa. Nasjonale retningslinjer har blitt utarbeidet som et samfunnsmessig forebyggingsiltak mot livsstilssykdommer, som blant annet diabetes 2. For å redusere den store veksten av diabetes kreves det endringer i dagens helsesystem. Sykepleiere møter ulike utfordringer ved livsstilsveiledning og slike utfordringer involverer både sykepleiere og pasienter. Manglende kunnskap om livsstilsendringer er et felles problem blant mange sykepleiere. Dette fører i noen tilfeller til at sykepleiere unnlater slik veiledning og legger ansvaret over på annet helsepersonell. Ofte blir livsstilsveiledning erstattet med korte og enkle kostholds- og treningsråd som ikke når frem til pasienten. Resultatet viser at sykepleiere har manglende veiledningskunnskaper. Dårlig veiledning fører til at det blir vanskelig å utvikle en konkret og strukturert plan og at pasienten ikke mottar tilfredsstillende veiledning. Pasienters manglende vilje til å endre livsstil er i følge resultatet en kjent utfordring. Dette hemmer livsstilsveiledningen for sykepleiere og enkelte mistet ofte motivasjonen og viljen til å hjelpe pasienten videre. Resultatet tyder på at noen pasienter opplevde at kravene sykepleierne stilte til livsstilsendringer var for høye, konsekvensen ble at de ofte ga opp. Manglende innsikt i egen helsesituasjon er en kjent utfordring sykepleiere møter hos pasienter. Enkelte pasienter har vanskelig for å skille ut relevant og kvalitetssikret informasjon om helsetilstanden sin, mens

andre ikke klarer å forstå helsesituasjonen de befinner seg i. Lite tid og trange ressurser var utfordringer som gikk igjen hos flere sykepleiere. Resultatet viser at sykepleiere ikke hadde tid til god nok livsstilsveiledning, samt at oppfølging av pasienter ble unnlatt. Hvor pasienter geografisk er bosatt i landet har en sammenheng med om de mottar god livsstilsveiledning. Resultatet viser at pasienter som bor ute i distriktene mottar mindre og dårligere livsstilsveiledning enn pasienter boende i by.

4.2.2 Sykepleieres manglende kunnskap innen livsstilsendringer

Slik funn fra resultatdelen viser er manglende veiledningsferdigheter blant sykepleiere og annet helsepersonell ikke uvanlig, noe som kan gi store konsekvenser for livstilsveiledningen. For at veiledningen skal bli optimal innebærer det at sykepleiere må ha kunnskap innen temaet det skal veiledes i og de må være kjente med ulike veiledningsmetoder. Granum (2003) poengter at det stilles krav til at sykepleiere har kvalifikasjoner og erfaringer til å veilede pasienter. Videre understreker hun at dette er en del av profesjonen til sykepleiere. Med utgangspunkt i dette har sykepleiere et ansvar om å holde seg oppdatert og å tilegne seg ny kunnskap innen sykepleierket. Derfor er det nødvendig at sykepleiere har kjennskap til livsstilsendringer og at de må tilegne seg tilstrekkelig kompetanse innen dette feltet. Slik det fremheves i samhandlingsreformen, er nødvendig kompetanse her et nøkkelord som vil være avgjørende i sykepleieres forebyggingsarbeid. Målet med veiledningen må være at budskapet skal nå frem til pasienten. Dette kommer frem i retningslinjene fra Helsedirektoratet (2009) som vektlegger at god kjennskap innen kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet og røykeslutt vil styrke målsettingen ved livsstilsveiledning og på samme tid øke sykepleieres kunnskapsnivå. Dette konstaterer at god livsstilsveiledning innebærer at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap innen slike endringer, slik at de er fortrolige til temaet de veileder i.

4.2.3 Veiledningsprosessen

Mange pasienter som oppsøker primærhelsetjenesten kommer med et helseproblem de ønsker å få hjelp til å løse (Aas 2011). Dette må sykepleiere tenke på når de møter disse pasientene. Det kan oppleves sårbart og pasienten kan føle seg utilfreds i denne situasjonen. Det er derfor nødvendig at sykepleiere møter pasienten der den befinner seg – følelsesmessig og mentalt (Karlsen 2011). Å tilnærme seg pasienten på en skånsom måte forutsetter at sykepleieren er trygg i sin rolle som veileder (Torgauten 2011). Det finnes ulike tilnæringsmetoder sykepleiere kan bruke for og nå frem til pasienter. Tveiten (2008) har utarbeidet en veiledningsprosess som er inndelt i fire faser. I den første fasen legger Tveiten vekt på at sykepleieren skal oppnå kontakt med pasienten, målet er at det skal skapes tillit mellom partene slik at pasienten føler seg trygg og åpner seg overfor sykepleieren. Den andre fasen utforsker problemer, slik at sykepleieren får en forståelse av pasientens situasjon. I den tredje fasen skal sykepleieren normalisere pasientens følelsesmessige tilstand. Det vil si at

sykepleieren må vise støtte og empati overfor pasienten. Den siste fasen har fokus på målsetting der sykepleier og pasient går sammen om å løse problemet. Tveiten understreker at dette er en tilnæringsmåte som ofte benyttes ved planlegging av individuell veiledning. Videre legger hun vekt på at prosessen fører pasienten i sentrum av veiledningen, noe som vil øke sjansen for at sykepleieren lettere klarer å videreformidle budskapet med veiledningen til pasienten. Sett ut i fra dette, vil livsstilsveiledningen bli enklere å utføre for sykepleiere ettersom pasienten føler seg trygg på sykepleieren og på situasjonen den befinner seg i.

4.2.4 Sykepleieres manglende kunnskap innen livsstilsveiledning

Ved pasientveiledning er kommunikasjon et viktig hjelpemiddel (Karlsen 2011). Slik veiledningsprosessen angir, er det gjennom kommunikasjon at tillit mellom sykepleier og pasient skapes, og det utvikles et samarbeid som skal føre til en problemløsning (Tveiten 2008). En god veileder må kunne lytte, vise empati og klare å se problemet ut i fra pasientens ståsted. Gode veiledningsferdigheter innebærer å gi pasienten nyttige kunnskaper, slik at pasienten kan ta ansvar for egen helse. Slik Brataas og Hermann (2003) ser det er det gjennom slike ferdigheter at sykepleiere få en forståelse av pasientens helsesituasjon som kan hjelpe å løse problemet på et tidlig stadium. I studien til Vähäsarja m.fl. (2012) mottok deltagerne veiledning fra opplærte sykepleiere i primærhelsetjenesten, noe som ga gode virkninger. Sett ut i fra flere forskninger i resultatet er ikke alle sykepleiere i primærhelsetjenesten opplært innen feltet, noe som kan føre til dårligere veiledning ettersom sykepleiere ikke har kunnskap innen området. Med dette tydeliggjøres behovet for økt fokus på opplæring og kursing av sykepleiere, slik at de oppnår kunnskap og kompetanse innen livsstilsveiledning. Sett ut i fra samhandlingsreformen (Regjeringen 2009) vil dette styrke formålet om økt forebyggingsarbeid i kommune- og primærhelsetjenesten. For å oppnå slike mål vil det være nødvendig å øke kommunale ressurser til slike tiltak og må tilbys sykepleiere som arbeider i denne helsetjenesten. Dette kan på sikt bety mye for sykepleieres innsats om å nå målet om å bremse diabetesutviklingen.

4.2.5 Målsetting

Mange pasienter som frivillig kontakter primærhelsetjenesten med et ønske om å endre livsstil, har store ambisjoner og mål om hvordan de vil endre levevanene sine. Målene er ofte veldig store, og i disse tilfellene blir de urealistiske å oppnå. Som forskningen fra resultatdelen fremmer vil disse pasientene ofte miste motivasjonen da de innser at målene ikke er oppnåelige. Denne påstanden står i samsvar med studien til Vähäsarja m.fl. (2012) der enkelte av deltagerne hadde store tanker om å slanke seg og få hjelp til å få et penere ytre utseende. Disse pasientene ga ofte opp da de ikke så raske nok resultater av endringene. Dette tydeliggjør at kunnskapsnivået blant enkelte pasienter med risiko for diabetesutvikling ikke holder mål. Sosiale ulikheter fører ofte til forskjellige oppfatninger av

hva helsegevinsten av sunt kosthold og fysisk aktivitet er. Sett ut i fra et sykepleiersperspektiv kan det være svært utfordrende å møte pasienter med risiko for diabetesutvikling som ikke forstår viktigheten og alvoret med livsstilsendringer. På samme tid er det tungt å veilede pasienter som ikke er villige til å endre livsstil. Pasienter kan oppleves umotiverte og har liten innsikt i helsesituasjonen de befinner seg i. Slik Tveiten (2008) påpeker, må veiledning skje på frivillig basis, der pasienten er åpen for ny læring og inntrykk. Sykepleieren må derfor veilede etter pasientens behov. På en annen side stiller samfunnet krav til at man skal ta ansvar for egen helse, der kunnskap om livsstilssykdommer står i fokus. Dette er faktorer som kommer i strid med hverandre, for selv om samfunnet stiller slike krav vil det ikke alltid være like lett å ta ansvar for egen helse når man ikke har kjennskap innen feltet. Økt kunnskap blant befolkningen må bli en prioritet som sykepleiere i primærhelsetjenesten må sette i fokus ved livsstilsveiledningen for at forebyggingsarbeidet mot livsstilssykdommer skal lykkes. For at livsstilsveiledningen skal bli optimal og at pasienten skal lykkes i å legge om levevanene sine vil det være nødvendig med realistiske målsettinger. Dette er i samsvar med Aas (2011). Er målsettingene for store er sjansen for å mislykkes også stor. De nye levevanene vil komme i konflikt med andre nødvendigheter og behov, og da er det lett at pasientene gir opp og følelsen av å ha mislyktes blusser opp. For å unngå dette kan sykepleieren i samarbeid med pasienten sette hovedmål og delmål for veiledningen og livsstilsendringene. Når pasienten selv er med å utvikle målene, gir det motivasjon og pågangsmot til å fortsette (Aas 2011). Slik Tveiten (2008) hevder, vil måloppnåelse styrke mestringfølelsen. Det er derfor lurt å sette flere delmål, slik at pasienten bevarer motivasjonen til å nå hovedmålet. Ved at sykepleier og pasient utvikler målene sammen vil pasienten selv finne veien som vil føre til måloppnåelse.

4.2.6 Individuell veiledning

På samme tid er det viktig at sykepleieren ikke setter for høye krav til pasienten. Slik forskningen fra resultatdelen viser ga mange pasienter opp da de innså at målene ikke var gjennomførbare. Livsstilsendringene skal bli pasientens nye hverdag, noe sykepleiere må ha i tankene. Aas (2011) poengterer at det er krevende og vanskelig å leve med en ekstremt helsefokusert livsstil over flere år. Dette kan resultere i at målene ikke blir nådd og pasienten faller tilbake til gamle levevaner. Sykepleiere har derfor et ansvar ved livsstilsveiledning om å sette realistiske mål for pasienten. Ut i fra forskningen i resultatdelen viser det seg at individuell veiledning gir gode forutsetninger for livsstilsendringer. Ved slik veiledning har sykepleiere mulighet til å bli ordentlig kjent med pasienten. På denne måten kan det bli lettere å utforme et veiledningsprogram som er tilpasset pasientens læringsbehov og situasjonsforståelse, noe Karlsen (2011) mener er viktig for at budskapet skal nå frem til pasienten. I følge Tveitens veiledningsteori (2008) handler ikke veiledning om at sykepleieren skal gi pasienten konkrete svar, men prinsippet er at de sammen skal komme frem til

løsninger som skal hjelpe pasienten til å håndtere problemet, noe som skjer gjennom læring og oppdagelse. Dette betyr at livsstilsveiledning må på samme linje som annen behandling individualiseres slik at kostholdsendringer, varighet og type fysisk aktivitet blir tilpasset hver enkelt pasient (Sagen 2011). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven har alle pasienter krav på brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 3-1). Dette tydeliggjør viktigheten med at pasienten ser seg fornøyd med livsstilsveiledningen sykepleieren utfører. Jo større livsstilsendringer, desto vanskeligere blir det å nå målene og opprettholde resultatene, noe som betyr at små endringer i levevaner ofte vil føre til store helsegevinster. Ved å endre på kun det aller nødvendigeste innen kosthold og fysisk aktivitet er sjansen for at pasienten oppnår målene om livsstilsendringer større.

4.2.7 utfordringer med bakgrunn av liten tid og knappe ressurser

Slik Pasient- og brukerrettighetsloven tilsier, har alle pasienter rett på nødvendig helsehjelp fra primærhelsetjenesten i kommunene. Helsehjelpen skal være verdig og kommunene skal gi den hjelpen som er nødvendig og som pasienten har rett på. Sykepleiere i primærhelsetjenesten må ut i fra denne loven gi lik behandling til alle pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 2-1a). Denne loven er i for seg svært viktig og en nødvendig prioritet av sykepleiere, men på den andre siden kan det være krevende for enkelte kommuner som sliter med å få nok sykepleiere og annet helsepersonell ut i primærhelsetjenesten. Som forskningen i resultatet påpeker er tid og ressurser kjente utfordringer som hemmer sykepleiere i arbeidet sitt. Dårlig bemanning samt lite tid og knappe ressurser kan gå ut over kvaliteten på sykepleieres arbeid, og pasientene vil derfor ikke motta den helsehjelpen de har rett på. Slik samhandlingsreformen ønsker det, må helse- og omsorgstilbudene ute i distriktene økes. Med dette kan sykepleiere i primærhelsetjenesten være med på å styrke helsetilbudet i Norge, uavhengig av bosted. Ansettelse av flere sykepleiere og helsepersonell i primærhelsetjenesten vil gjøre kvaliteten på forebyggingsarbeidet bedre ved at sykepleiere har bedre tid til hver enkelt pasient. Lavterskeltilbud som kursing og selvhjelpsgrupper til personer som befinner seg i risikoen for livsstilssykdommer er i følge samhandlingsreformen tiltak sykepleiere i primærhelsetjenesten kan tilby. Lærings- og mestringstilbud er også gjennomførbart i kommunene (Regjeringen 2009). Gjennom disse påstandene tydeliggjøres behovet for økt tverrfaglig samarbeid der sykepleiere må samarbeide med andre helsefagarbeidere. Det poengteres i forskningen fra resultatet at det er nødvendighet for økt tverrfaglig samarbeid, noe som vil forsterke god oppfølging av pasienter med risiko for diabetesutvikling. Dette tyder på hvor viktig det er at primær- og spesialisthelsetjenesten har et godt samarbeid. Denne måten kan være med å sikre et helhetlig pasientforløp og oppfølging, samt at forebyggingstiltak forbedres.

4.3 Sykepleierens rolle som veileder

4.3.1 Introduksjon fra resultatdel

IMAGE-prosjektet har som hensikt å bremse den store utviklingen av livsstilssykdommer, diabetes 2 er en av dem. Dette skal gjøres ved å utarbeide forebyggende retningslinjer som skal virke som et hjelpemiddel til samfunnet og helsepersonell. Retningslinjene vil fungere som et redskap der standardmålinger og tiltak vil forsikre at sykepleiere utfører lik behandling til alle pasienter - landet over. Resultatet viser at kartlegging av pasientens risikofaktorer vil lette veiledningsarbeidet til sykepleiere ved at de blir kjent med hva det er pasienten trenger veiledning til, samt at sykepleieren gjør seg kjent med pasientens motivasjonsnivå. Når dette er gjort, vil en individuell plan være aktuell til livsstilsveiledningen og videre oppfølging. Det finnes ulike veiledningsstrategier og metoder sykepleiere kan bruke ved veiledning. Det handler om å finne den metoden som er best tilegnet hver enkelt pasient. Pasienter kan ha andre sykdommer eller fysiske og/eller psykiske nedsettelse som gjør livsstilsendringer vanskelig. Individuell veiledning og bruk av ulike veiledningsstrategier er viktige i slike tilfeller. Resultat tyder på at sykepleiere må bli flinkere til å oppfordre pasienter til livsstilsendringer og de må bli bedre på å tenke forebyggende på et tidlig stadium slik at diabetesutviklingen bremses.

4.3.2 Nasjonale faglige retningslinjer

Slik som forskning fra resultatandelen viser er nasjonale faglige retningslinjer, samt standardmålinger, grunnlaget for god forebygging, behandling og oppfølging. Lignende retningslinjer er utarbeidet og samordnet i kommune- og spesialisthelsetjenesten og har som hensikt å fremme bedre samarbeid mellom disse helsetjenestene (Helsedirektoratet 2009). Etter at samhandlingsreformen dedikerte mer ansvar for forebyggingsarbeid over på kommune- og primærhelsetjenesten viser det seg at retningslinjene har fungert som et verktøy i dette prosjektet (Iversen og Skafjeld 2011). På samme tid har helsedirektoratet kommet med nasjonale faglige retningslinjer som inkluderer hvilke kunnskapsgrunnlag som kreves fra sykepleiere og helsepersonell for behandling og oppfølging av pasienter. Med grunnlag i dette kan oppfølgingen av pasienter bli forbedret samtidig som det letter forebyggingsarbeidet sykepleiere i kommune- og primærhelsetjenesten utfører. Iversen og Skafjeld (2011) argumenterer med at helsepersonell er forpliktet til å følge slike nasjonale retningslinjer og å utøve kvalitet ved arbeidet, noe som forsterker nødvendigheten med god oppfølging fra sykepleiere.

4.3.3 Individuell plan

På samme tid viser det seg at hyppig oppfølging fra sykepleiere virker positivt for langvarige resultater av livsstilsendringer (Aas 2011). Regelmessig kontakt og oppfølging av pasienter er derfor et viktig aspekt i sykepleierollen. Når dette er sagt, er det en forutsetning at det settes klare mål for

veiledningen og oppfølgingen, og at roller og ansvar er fordelt mellom sykepleier og pasient, slik at veiledningen blir optimal (Graue og Haugstvedt 2011). Dette kan gjøres ved å utarbeide en individuell plan. Sykepleiere skal i samhold med pasient lage en plan som fungerer for begge parter. Hensikten er at pasientens mål og ønsker er utgangspunktet for planen (Helsedirektoratet 2010). Ut ifra Helse- og omsorgstjenesteloven har alle pasienter med behov for langvarig og koordinerte helsetjenester rett på individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 2-5). Ut i fra dette skal pasienten alltid stå i fokus. I følge samhandlingsreformen er det helsepersonell i kommune- og primærhelsetjenesten som har hovedansvaret for å utarbeide individuell plan for pasienten, men skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten om nødvendig (Regjeringen 2009). Dette tydeliggjør sykepleierens ansvarsområde. Med utgangspunkt i dette bør en individuell plan for pasienter som skal endre livsstil inneholde mål for endringene, kartlegging av pasientens ressurser og behov for tjenester, koordinering og avklaringer, samt evaluering, justering og avslutning (Helsedirektoratet 2010). Iversen og Skafjeld (2011) presiserer at tiltak for økt læring og regelmessige rutinekontroller burde være med i planen, samt at jevnlig rutinekontroller viser om pasientens helsetilstand endrer seg. Sykepleiere må ta i betraktning at endringer i planen kan være nødvendig og at videre utvikling av tiltak kan være tiltrengt hvis behovet er der.

Derimot viser det seg at individuelle planer ofte ikke fungerer slike de skal, noe som resulterer i at planene ikke blir fulgt opp og at pasienten ikke mottar den hjelpen som det er behov for (Helsedirektoratet 2010 og Regjeringen 2009). Sett fra pasientens ståsted vil det være enklere å oppleve helhetlig pasientforløp og oppfølging når man har faste personer innen helsevesenet å forholde seg til. Med utgangspunkt i dette, ønsker samhandlingsreformen at en individuell plan skal innebære at pasienten skal få en primærkontakt i kommunen. Sykepleiere får ofte denne oppgaven, der ansvaret som primærkontakt er å sørge for at nødvendig oppfølging blir utført, sikre god samordning mellom tjenestetilbud som er aktuelle for pasienten og forsikre fremdrift i planen (Regjeringen 2009 og Helsedirektoratet 2010). Ut i fra dette må målet være å oppnå god kvalitet og kontinuitet i oppfølgingen, noe som kan nås ved at det kun er et fåtall helsepersonell som følger pasienten. Det er naturlig at primærkontakten vil ha denne rollen (Iversen og Skafjeld 2011). Ved utarbeiding av individuell plan må sykepleiere ta til råde at pasienten har brukermedvirkning og har rett på innflytelse i egen behandling og oppfølging (Allgot 2011). Brukermedvirkning vil si at hver enkelt pasient har rett til medvirkning av et tilpasset oppfølgingstilbud (Iversen og Skafjeld 2011). På den ene siden må sykepleieren arbeide etter lover, forskrifter og rammeplaner (Orvik 2004), men på den andre siden skal pasientens behov alltid stå i fokus og pasienten har krav til å delta aktivt i behandlingen og beslutninger som skal tas (Allgot 2011). Sett i fra et sykepleieperspektiv fungerer sykepleiere som støttespillere ved bruk av individuell plan, der funksjonen deres er å hjelpe

pasienten til å mestre situasjoner som dukker opp i hverdagen. En slik plan kan fungere som et verktøy og en arbeidsmetode for sykepleiere i kommune- og primærhelsetjenesten.

4.3.4 Motivasjon

Forskning fra resultatdelen viser at individuell oppfølging fra sykepleiere og annen helsepersonell gir best forutsetninger for at pasienter gjør gode og riktige valg innen egen helse. På samme tid er motivasjon en faktor som kan være avgjørende for om pasienter bevarer livsstilsendringene. Som primærkontakt står sykepleiere ansvarlige for å støtte og motivere pasienten. Ut i fra dette er motivasjon et nøkkelbegrep som sykepleiere kan bruke til å gi pasienter håp, mestringsfølelse og ikke minst tro på seg selv (Karlsen 2011). Dette poengterer pasientene som deltok i studien til Korkiakanges m.fl. (2010), som opplevde motivasjon fra sykepleiere som oppmuntrende og styrkende. Sett i fra et annet ståsted syntes mange av deltagerne at støtten de mottok fra familie og venner var av større betydning enn den de mottok fra sykepleiere. Ved å trekke denne påstanden opp mot det resultatet viser, kan dette ha sammenheng med at sykepleiere ofte ikke klarer å bli ordentlig kjent med pasienten og derfor ikke vet hvilke faktorer som virker motiverende. Gjennom å sette disse faktorene opp mot hverandre tydeliggjøres betydningen av motivasjon for livsstilsveiledning, som videre må tas til etterretning av sykepleiere som utfører slik veiledning.

4.3.5 Veiledningsmetoder

Det fremheves i forskningen fra resultatdelen at sykepleiere må ha kunnskap innen ulike veiledningsstrategier og metoder for at veiledningen skal nå frem til pasienten. Med utgangspunkt i Tveitens veiledningsteori (2008), er det en forutsetning at temaet og målgruppen for veiledningen er avklart på forhånd. Videre poengter Tveiten at alle personer har ulike læringsforutsetninger, noe som fører til et behov for individualisering. Fysiske, psykiske og sosiale faktorer spiller inn i formodningene for å lære. En pasient med nedsatt hørsel kan ha fysiske problemer ved verbal veiledning. I følge Karlsen (2011) kan enkelte pasienter være deprimerte grunnet helsetilstanden sin, noe som kan føre til vanskeligheter med å konsentrere seg, som igjen kan virke hemmende for veiledningen.

Tveiten (2008) hevder i sin teori at dialog er hovedformen for veiledning, der samtale mellom sykepleier og pasient er kjernepunktet. Veiledningen skjer ved at budskapet blir overført via samtale og nye meninger og betydninger skapes. Dialog som veiledningsmetode legger til rette for at pasienten selv oppdager og lærer. Bruk av dagbok er en annen veiledningsmetode Tveiten (2008) mener kan fungere som et hjelpemiddel. Pasienten kan benytte dagboken til å skrive ned tanker, følelser og kroppsreaksjoner. Ved at sykepleieren leser dette kan temaene brukes i veiledningen. På den andre siden har enkelte pasienter vanskeligheter med å prate om følelser og helsetilstanden sin. De kan føle seg usikre i situasjonen de står overfor og føler seg utilfreds med å åpne seg opp for

personer de ikke kjenner. Dette kan være krevende for sykepleieren som skal utarbeide en passende veiledningsmetode, ettersom det blir vanskelig å forstå pasientens problem og behov for hjelp. Tatt dette i betraktning, viser det seg at enkelte pasienter synes det er lettere å skrive ned følelser enn å prate om dem. Tveiten (2008) mener slike utfordringer kan løses ved å anvende bilder og tegninger som veiledningsmetode. Videre presiserer hun at å assosiere noe opp mot et bilde eller en tegning kan virke spennende og annerledes, og kan styrke pasientens motivasjon til refleksjon over situasjoner og hendelser. Med grunnlag i disse veiledningsmetodene kan sykepleiere velge de metodene som passer pasienten best. Ikke desto mindre kan bruk av bilder og tegninger for eksempel brukes i situasjoner der ulike etnisiteter gjør språk og kommunikasjon vanskelig, og hemmer dialog mellom sykepleier og pasient. Ufullstendige setninger er også en veiledningsmetode i følge Tveiten (2008). Ved slik veiledning fullfører pasienten setninger sykepleieren har utarbeidet på forhånd. Det er viktig at setningene er betydningsfulle for temaet det skal veiledes i og at pasienten settes i sentrum av veiledningen. Slik funn fra forskningen i resultatdelen tyder, er det ikke alle sykepleiere som våger å utprøve ulike veiledningsmetoder. Det mener Tveiten (2008) kan resultere i ufullstendig veiledning ved at budskapet ikke når frem til pasienten. Det er svært nyttig å ta hensyn til pasientens læringsforutsetninger for å gjøre veiledningen mest mulig optimal, noe som foretas ved å vise empati og forståelse overfor pasienten (Eide og Eide 2010). Slik Tveiten (2008) legger stor vekt på, må sykepleiere finne den veiledningsmetoden som passer pasienten best for at veiledningen skal bli optimal og for å gi gode resultater.

5.0 Metodediskusjon

Denne bacheloroppgaven belyser et vesentlig tema innen sykepleie. Forebyggende arbeid mot livsstilssykdommer har blitt et sentralt område for sykepleiere de siste årene og kommer trolig til å bli satt mer i fokus i fremtiden. Derfor er temaet svært relevant for fremtidens sykepleie, noe som styrker denne oppgaven.

Artiklene som er anvendt i oppgaven er valgt ut etter anseelsen av relevansen av dem. Det var enkelt å finne forskning innen forebyggingsarbeid mot diabetes 2. Utfordringen som dukket opp var hvordan forskning som skulle inkluderes og ekskluderes for å få svar på hensikten. Finland er et av de landene i Europa som har forsket mye på diabetes 2 og mange av forskningsartiklene som har blitt ansett som relevante for oppgaven er finske. Det kan være en svakhet for oppgaven at det er brukt forskningsartikler fra samme land, men atskillige europeiske studier har anvendt samme livsstilsprogram i forskningen. Resultatdelen av oppgaven inneholder derfor flere slike studier som er basert på DPS. Dette kan være med å styrke besvarelsen ettersom det viser seg at dette livsstilsprogrammet har fungert i andre land, noe som er relevant for hensikten.

Forskningsartiklene i resultatdelen er alle bygd opp etter et sykepleieperspektiv. Under søkeprosessen var det mange gode forskningsartikler som var aktuelle for oppgaven, men som måtte ekskluderes ettersom de var basert på et pasientperspektiv. Oppgaven kunne ha vært løst annerledes ved å anvende et pasientperspektiv i stedet for sykepleieperspektiv, men på grunn av kvaliteten på forskningsartiklene som ble funnet var studiene basert på et sykepleieperspektiv mer relevante for hensikten til oppgaven.

Noen forskningsartikler er mer aktuelle og vesentlige enn andre ved at de tar opp flere viktige faktorer som belyser hensikten. Det hadde vært en fordel for oppgaven om alle artiklene var like relevante, men ettersom at enkelte studier inneholder viktige temaer som er vesentlige for besvarelsen av hensikten, har de blitt inkludert.

Aldersgruppen oppgaven er basert på er avgrenset til 40-65 år. Enkelte av forskningsartiklene som er brukt i resultatet og resultatdiskusjonen har grunnlagt studiene på en bredere aldersbestemmelse. Dette har resultert i at enkelte artikler inkluderer både yngre og eldre deltagere. Grunnen til at disse forskningsartiklene er anvendt i oppgaven er at gjennomsnittsalderen av deltagerne er innenfor den bestemte aldersavgrensningen.

Studien til Lindström m.fl (2003) som heter «The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)» ble i første omgang ansett som for gammel til å inkluderes i oppgaven. Etter å ha lest gjennom den viste den seg å være svært aktuell ettersom den omhandler første studiet som gjennomførte

livsstilsprogrammet DPS. Det samme gjelder studien til Tuomilehto m.fl. (2001) som heter «Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance». Denne artikkelen er for gammel til å bli omtalt som ny forskning innen diabetesfeltet, men tar for seg forstadiet til studien DPS. Disse to studiene bygger på hverandre og er derfor nyttige og relevante for oppgaven.

Årsaken til at kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet ikke er definert og beskrevet nærmere er på grunn av at oppgaven tar for seg sykepleieres veiledningsrolle og på grunn av oppgavens omfang.

12 av 13 forskningsartikler i resultatdelen er på engelsk. De har blitt oversatt til norsk før de ble anvendt i besvarelsen. Dette kan ha medført feiltydninger og misforståelser, noe som kan være en svakhet.

Ved bruk av en kvalitativ forskningsartikkel der sykepleieres personlige tanker og meninger kommer frem, er en fordel for oppgaven ettersom sykepleieperspektivet fremheves.

6.0 Konklusjon

Resultatet viser at livsstilsendringer innen kosthold og økt fysisk aktivitet har en forebyggende effekt på utviklingen av diabetes 2. Pasienter som mottar livsstilsveiledning fra sykepleiere i primærhelsetjenesten viser seg å gi gode resultater innen livsstilsendringer. Resultatet beviser også at livsstilsendringer gjort via livsstilsprogram har en god langtidseffekt med at risikofaktorene for sykdomsutvikling forblir redusert. Dette betyr at sykepleieres forebyggende arbeid gjennom veiledning og motivering til livsstilsendringer til pasienter reduserer diabetesutviklingen.

Det er ulike veier å gå for å oppnå livsstilsendringer, men ut i fra resultatet er individuell veiledning som setter pasienten i fokus og tar utgangspunkt i pasientens behov, gunstig for reduksjon av diabetes 2. Det konkluderes med at økt kunnskap innen livsstilsveiledning og livsstilsendringer kreves for at sykepleiere skal kunne utføre slik forebyggende arbeid. Det stilles også krav om kjennskap til bruk av ulike veiledningsmetoder, slik at veiledningen kan individualiseres og budskapet når frem til pasienten. Økt kunnskap innen atferdsendring vil også være et hjelpemiddel med stor omdømme for pasienters vilje til livsstilsendringer.

Sykepleiere er nøkkelspillere som uten tvil vil ha stor betydning for at forebyggingsarbeidet skal lykkes ettersom at veiledning, informasjon og motivering er en del av sykepleieryrket. Sett ut i fra samhandlingsreformens ønske om mer satsing av forebygging av livsstilssykdommer i kommune- og primærhelsetjenesten, konkluderes det med at det er et stort behov for økt satsing av opplæring, utdanning og kunnskapsøking av sykepleiere. Det bør derfor settes inn mer ressurser for at sykepleiere kan oppnå optimal kompetanse innen dette feltet, noe som vil kunne ha stor betydning for fremtidens helsesituasjon.

Det er fortsatt et langt stykke igjen å gå før den epidemiske diabetesutviklingen har nådd akseptable verdier. Det vil trolig ta tid før forebyggende arbeid av livsstilssykdommer blir en del av helsesystemet på verdensbasis, men det er bevist at de tiltakene og retningslinjene som i dag er utarbeidet og igangsatt av sykepleiere har en god effekt på reduksjonen av diabetes 2.

Referanseliste

- Aas A.M. (2011) Kostens betydning ved diabetes, I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, Opplag 1, s.123-146, Oslo, Akribe
- Allgot B. (2011) Diabetes i et brukerperspektiv, I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, Opplag 1, s.205-215,Oslo, Akribe
- Brataas H.V. og Hermann R. (2003) Pasientundervisning og -veiledning, I: Brataas H.V. og Steen-Olsen T. (red.) *Kvalitet i samspill – Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*, Opplag 1, Steinkjer, Høyskoleforlaget
- Cohen D.J, Clark E.C, Lawson P.J, Casucci B.A. og Flocke S.A. (2010) Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care, *ScienceDirect*, 85, (2), s.8-15
- Eide H. og Eide T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utgave, 4.opplag, Oslo, Gyldendal norske forlag
- Etikkom (2013) Forskningsetisk sjekklister. Tilgjengelig fra:
<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekklister/> (Lastet ned 15.05.13)
- Finbråten H.S. og Pettersen K.S. (2012) Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy», *Vård i Norden*, 32, (1), s.47-52
- Forsberg C. og Wengström Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*, 2.utgave, Stockholm, Författarna och Bokforlaget Natur og Kultur
- Forsidebilde: Public Health Division (uår) Tilgjengelig fra:
http://www.ci.berkeley.ca.us/Health_Human_Services/Public_Health/Living_a_Healthy_Lifestyle.aspx (Lastet ned 10.05.13)
- Gillis-Januszevska A, Szybinski Z, Kissimova-Skarbek K, Piwonska-Solska B, Pach D, Topor-Madry R, Tuomilehto J, Lindström J, Peltonen M, Schwarz P.E. og Hubalewska-Dydejczyk A. (2011) Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in primary health care setting in Poland: Diabetes in Europe Prevention using Lifestyle, physical Activity and Nutritional intervention (DE-PLAN) project, *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 11, (4), s.198-203
- Granum V. (2003) *Pasientundervisning*, 1.utgave, Bergen, Fagbokforlaget

Graue M. og Haugstvedt A. (2011) Opplæring, undervisning og veiledning, I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, Opplag 1, s.237-250, Oslo, Akribe

Helsedirektoratet (2010) Individuell plan 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf>. (Lastet ned 26.04.13).

Helsedirektoratet (2009) Nasjonale retningslinjer – DIABETES, Forebygging, diagnostikk og behandling. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf> (Lastet ned 14.03.13).

Iversen M.M. og Skafjeld A. (2011) Organisering av helsetjenesten og tverrfaglig samarbeid, I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, Opplag 1, s.254-268, Oslo, Akribe

Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A. og Patja K. (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, (4), s. 244-249

Jansink R, Braspenning J, Van der Weijden T, Elwyn G. og Grol R. (2010) Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis, *BioMed Central Family Practise*, 11, (41), s.1471-1478

Karlsen B. (2011) Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedre mestring?, I: , I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling*, 1.opplag, s.216-233, Oslo, Akribe

Karlsen B. (2007) Gruppebasert veiledning for å fremme mestring av diabetes, I: Gjengedal E. og Hanestad B.R. (red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending*, 2.utgave, s. 315-329, Oslo, Cappelen forlag

Korkiakangas E.E, Alahuhta M.A, Husman P.M, Kiukaanniemi S, Taanila A.M. og Laitinen J.H. (2011) Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, (1), s.62-69

Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson J.G, Hemiö K, Hämäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Pautri M, Sundvall J, Valle T.T, Uusitupa M. og

Tuomilehto J. (2006) Sustained reduction in the incident of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study, *The Lancet*, 368, (9548), s.1673-1679

Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M. og Toumilehto J. (2003) The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity, *Diabetes Care*, 26 (12), s.3230-3236

Morrato E.H, Hill J.O, Wyatt H.R, Ghushchyan V. og Sullivan P.W. (2006) Are Health Care Professionals Advising Patients With Diabetes or At Risk for Developing Diabetes to Exercise More?, *Diabetes Care*, 29, (3), s.543-548

Mosand R.D. og Stubberud D.G. (2010) Sykepleie ved diabetes mellitus, I: Almås H. (red.), *Klinisk sykepleie*, bind 1, s.507-536, Oslo, Gyldendal akademiske

Orvik A (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, 1.utagve, 6.opplag, Oslo, Cappelen forlag

Pajunen P, Landgraf R, Muylle F, Neumann A, Lindström J, Scharz E. og Peltonen M. (2010) Quality Indicators for the Prevention og Type 2 Diabetes in Europe – IMAGE, *Hormone and Metabolic Research*, 42, (1), s. 56-63

[Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)] *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 02.juli 1999 nr. 63, Oslo, Cappelen Akademiske forlag

Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Alberti K.G.M.M. og Mathers J.C. (2009) Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK, *BioMed Central*, 9, (342), s. 1471-1478

Regjeringen (2010) Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/sykehus/Nasjonal_strategi_for_diabetesområdet_2006-2010.pdf (Lastet ned: 09.05.13)

Regjeringen (2009) St.Meld. Nr.47 – Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett tid – til rett tid. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> (Lastet ned 14.03.13).

Saaristo T, Moilanen L, Korpi-Hyövälti E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Jokelainen J, Peltonen M, Oksa H, Tuomilehto J, Uusitupa M, Keinänen-Kiukaanniemi S. (2010) Lifestyle Intervention for

Prevention of Type 2 Diabetes in Primary Health Care. One-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D), *Diabetes Care*, 33, (10), s. 2146-2151

Sagen J.V. (2011) Fysisk aktivitet, I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, Opplag 1, s.147-160, Oslo, Akribe

Sagen J.V. (2011), Sykdomslære, I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling*, 1.opplag, s.19-67, Oslo, Akribe

Salmela S.M, Vähäsarja K, Villberg J, Vanhala M, Saaristo T, Lindström J, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Niskanen L, Keinänen-Kiukaanniemi S. og Poskiparta M. (2011) The reporting of previous lifestyle counseling by persons at high risk of Type 2 diabetes, *SciVerse ScienceDirect*, 87, (2), s.178-185

Stene L.C, Midthjell K. Jenum A.K, Skeie S, Birkeland K.I, Lund E, Joner G, Tell G.S. og Schimmer H. (2004) Hvor mange har diabetes mellitus i Norge?, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124 (11), s.1511-1514

Tidsskrift for Den norske legeforening (2010) Nye europeiske retningslinjer for forebygging av type 2-diabetes. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/2053177/> (Lastet ned 14.03.13).

Torgauten J.O.A. (2011) Følelsesmessige reaksjoner ved type 1-diabetes, I: Skafjeld A. og Graue M. (red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, Opplag 1, s.172-184, Oslo, Akribe

Tveiten S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, 2.utgave, Bergen, Fagbokforlaget

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J.G, Valle T.T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M. og Salminen V, Uusitupa M. (2001) Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance, *The New England Journal of Medicine*, 344, (18), s.1343-1350

Vermunt P.W.A, Milder I.E.J, Wielaard F, De Vries J.H.M, Van Oers H.A.M. og Westert G.P. (2011) Lifestyle Counseling for Type 2 Diabetes Risk Reduction in Dutch Primary Care, Results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years, *Diabetes Care*, 34, (9), s.1919-1925

Vähäsarja K, Salmela S, Villberg J, Rintala P, Vanhala M, Saaristo T, Peltonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korpi-Hyövälti E, Kujala U.M, Moilanen L, Niskanen L, Oksa H. og Poskiparta M. (2012) Perceived need to increase physical activity levels among adults at high risk of type 2 diabetes. a cross-sectional analysis within a community-based diabetes prevention project FIN-D2D, *BioMed Central*, 12, (1) s.514-523

Wild S, Rodlic G, Green A, Sicree R. og King H. (2004) Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030, *Diabetes care*, 27 (5), s.1047-1053

Vedlegg 1: Utdrag av analyseprosessen

Meningsenheter	Subkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none"> • Pajunen m.fl. (2010) ønsker å utarbeide Europeiske retningslinjer innen forebyggende arbeid. Retningslinjene må tilpasses samfunnet og helsepersonell. Det burde bli høyere krav til forebyggende arbeid ved helsefagutdanninger og forebygging burde bli en påkrevd grunnleggende kunnskap hos helsepersonell. Individuell veiledning og utarbeiding av individuell plan for pasienter vil være til hjelp for sykepleiere. • Økt samarbeid mellom helsetjenestene og tverrfaglig samarbeid vil lette forebyggingsarbeidet til helsepersonell (Pajunen m.fl. 2010). • Studien til Salmela m.fl. (2011) viser at sykepleiere må tenke subjektivt og individuelt ved livsstilsveiledning. Studien viser også at de pasienter som er kjente med helsetilstanden sin og har akseptert situasjonen de befinner seg i, er mer åpen og mottagelige for livsstilsveiledning enn pasienter som ikke vil godta situasjonen. • Pasienters geografiske bosettelse har en sammenheng med om de har mottatt god livsstilsveiledning (Salmela m.fl. 2011). • Pasienter som ikke har akseptert at de befinner seg i risiko for diabetesutvikling har ofte vanskeligheter med å stille seg kritisk og å være kritisk til helseinformasjon og helseråd som angår deres tilstand. Denne pasientgruppen har ofte ikke et realistisk sykdomsbilde på helsetilstanden sin (Finbråten og Pettersen 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale retningslinjer vil satse på økt fokus på forebygging ved helseutdanninger. Forebyggende arbeid burde bli en påkrevd grunnleggende kunnskap. • Pasienters manglende innsikt i egen helsesituasjon fører ofte til at de er ukritiske til informasjon og faktaopplysninger innen helsetilstanden sin. • Sykepleieres manglende kunnskaper innen livsstilsendringer og dårlige veiledningsferdigheter hemmer livsstilsveiledning til pasienter. • Pasienters mangel på egenvilje til å endre livsstil er en svært vanlig utfordring sykepleiere møter ved livsstilsendringer. • Hvor pasienter er bosatt har en sammenheng med om de har mottatt god livsstilsveiledning. • Enkelte sykepleiere syntes det var vanskelig å tilpasse veiledningen etter pasientens kunnskapsnivå. • Lite tid og ressurser hemmet sykepleiere i å gi god livsstilsveiledning og oppfølging av pasienter etter veiledning. • Lite tid og ressurser førte til at sykepleiere ikke hadde mulighet til å holde seg faglig oppdatert på ny forskning innen livsstilsendringer og diabetes mellitus type 2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utfordringer sykepleiere møter ved livsstilsveiledning.

<ul style="list-style-type: none"> • Individuell planlegging og utarbeiding av veiledning og oppfølging er viktig for gode resultater. Alle mennesker har ulike læringsforutsetninger, noe som må bli tatt med i vurderingen av veiledningsstrategi (Finbråten og Pettersen 2012). • I følge Jansink m.fl. (2010) rapporterte flere sykepleiere som deltok i studien at de hadde lite kunnskap innen kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet og røykeslutt. Manglende veiledningsferdigheter var også utbredt blant de deltagende sykepleierne, noe som resulterte i at livsstilsveiledning ble erstattet med korte kostholds- og treningsråd. Sykepleiere syntes det var krevende og utfordrende å tilpasse veiledningen etter pasientens kunnskapsnivå. • Studien viser at sykepleiere ofte mistet motivasjonen til å veilede og følge opp pasienter som ikke tok helsetilstanden sin på alvor og som ikke ønsket å endre livstil. Manglende egenvilje til å endre livstil var den mest nevnte utfordringen sykepleiere møtte på ved livsstilsveiledning (Jansink m.fl. 2010). • Dårlig tid og lite ressurser er kjente utfordringer som ofte dukker opp hos sykepleiere og annet helsepersonell og som hemmer god veiledning (Jansink m.fl. 2010). • Helsepersonell som deltok i studien til Jallinoja m.fl (2007) var enige om at pasienter må ta ansvar for sin egen helsetilstand og må derfor ta initiativ til livsstilsendringer. 		
---	--	--

<p>Manglende vilje til å endre livsstil gjorde ofte dette vanskelig og resulterte i at pasienter ga opp endringene og gikk tilbake til gamle levevaner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kun halvparten av helsepersonellet som deltok i studien følte de hadde gode nok kunnskaper og ferdigheter til å veilede innen livsstilsendringer. Dårlig tid førte til at helsepersonellet ikke hadde tid til å sette seg inn i hjemme- og livssituasjonen til pasientene. Dette hemmet livsstilsveiledningen. På samme tid var sykepleierne enige i at informasjon, veiledning og støtte til pasienter er en del av sykepleieryrket (Jallinoja m.fl. 2007). • Studien til Morrato m.fl (2006) tar for seg sykepleieres ansvar til å veilede og motivere pasienter til å trene mer. Resultatet fra denne studien viser at sykepleiere ofte oppfordret pasienter som allerede har utviklet diabetes mellitus type 2 til livsstilsendringer. Overvektige pasienter hadde blitt oppfordret til å endre livsstil oftere enn normalvektige med andre risikofaktorer for diabetesutvikling. 		
--	--	--

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design	Deltagere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
1. Gilis-Januszewska A, Szybinski Z, Kissimova-Skarbek K, Piwonska-Solska B, Pach D, Topor-Madry R, Tuomilehto J, Lindström J, Peltonen M, Schwarz E. og Hubalewska-Dydejczyk A. (2011). The British Journal of Diabetes & Vascular Disease.	Studiens mål er å finne ut om livsstilsveiledning gjort via sykepleiere og helsepersonell i primærhelsetjenesten er gjennomførbart i Polen.	Kvantitativ studie.	175 deltagere, 22% av dem var menn og 78% var kvinner.	Resultatet viser at livsstilsendringer innen kosthold og økt fysisk aktivitet kan hindre utvikling av diabetes 2 med opp mot 60%. Deltagerne som gikk ned 5% av sin egen kroppsvekt reduserte risikoen for diabetesutvikling.	5/10. Denne forskningsartikkelen har vært delvis relevant ettersom den beviser at sykepleiere i primærhelsetjenesten kan veilede pasienter med risiko for diabetes 2 til livsstilsendringer. Studien er basert på den finske DPS og bekrefter at denne typen livsstilsprogram fungerer også i andre land enn Finland.
2. Vermunt P.W.A, Milder I.E.J, Wielaard F, De Vries J.H.M, Van Oers H.A.M. og Westert G.P. (2011). Lifestyle Counselling for Type 2 Diabetes Risk Reduction in Ducth Primary Care.	Studiens mål var å se langtidseffekten av livsstilsendringer gjort på pasienter med risiko for diabetes 2 etter 0.5 - 1-5 år. Målet var også å se om livsstilsendringer gjort via en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe var gjennomførbart i primærhelsetjenesten i	Kvantitativ studie.	Til sammen 925 deltagere. 479 deltagere i intervensjonsgruppen og 446 deltagere i kontrollgruppen.	Livsstilsendringer gjort via i intervensjonsgruppen der deltagerne fikk livsstilsveiledning fra sykepleiere i primærhelsetjenesten, visste seg å ha best langtidseffekt av endringene. Deltagerne som hadde partner hadde større sjanse for å bevare	5/10. Forskningsartikkelen har vært relevant ettersom den tar for seg livsstilsendringer gjort via sykepleier i primærhelsetjenesten. Det legges også vekt på kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet, noe som gjør den aktuell for oppgaven. Studien er basert på den finske

	Tyskland.			livsstilsendringene enn deltagerne som ikke hadde partner.	DPS som bekrefter at denne typen livsstilsprogram er gjennomførbart i Tyskland.
3. Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Aøbert K.G.M.M. og Mathers J. (2009). Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK.	Målet med studien er å se om det finske livsstilsprogrammet DPS fungerer i andre Europeiske land. Målet er å gjennomføre det samme livsstilsprogrammet i Newcastle, England for å se om det har samme gode virkning der.	Kvantitativ studie.	102 deltagere, 42 menn og 60 kvinner. Gjennomsnittsalderen var på 57 år.	Studien viser at livsstilsendringer basert på den finske DPS er gjennomførbart i primærhelsetjenesten. Oppfølgingen av deltagerne var gjennomsnittlig på 3.11 år. I løpet av denne perioden utviklet et fåtall diabetes 2, mens hele 55% av deltagerne i intervensjonsgruppen reduserte risikoen for diabetesutvikling – noen så mye at de var ute av fare for å få sykdommen.	5/10. Resultatet er relevant i forhold til at den viser at livsstilsendringer er gjennomførbart i primærhelsetjenesten i Tyskland. Studien viser også at denne typen livsstilsprogram har en god langtidseffekt.
4. Pajunen P, Landgraf R, Muylle F, Neumann A, Lindström J, Schwarz P.E. og Peltonen M. (2010). Quality Indicators for the Prevention of Type 2 Diabetes in Europe – IMAGE.	Målet med studien er å bremse den store utviklingen av diabetes 2. Ved å utvikle kliniske standardmålinger og retningslinjer som er tilpasset samfunnet og helsepersonell vil kunne virke forebyggende.	Kvantitativ studie.	Flere profesjonelle helsefagarbeidere fra hele Europa var samlet som gruppe.	For å bremse diabetesutviklingen må det skje endringer innen helsesystemer. Helsefagarbeidere må få økt kunnskap innen forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid må satses mer på. Europeiske	6/10. Studien er relevant ettersom den kommer med konkrete tiltak innen helsesystemet som kan være med å redusere diabetesutviklingen. Tiltakene er både på et samfunnsmessig og individuelt plan.

				retningslinjer kan hjelpe helsepersonell til å oppdage pasienter som befinner seg i risiko for diabetesutvikling på et tidlig stadium. Individuelle tilpasninger for livsstilsendringer og veiledning vil være nødvendig.	
5.Salmela S.M, Vähäsarja K, Villberg J, Vanhala M, Saaristo T, Lindström J, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Niskanen L, Kein'änen-Kiukaanniemi S. og Poskiparta M. (2011). The reporting of previous lifestyle counseling by persons at high risk of Type 2 diabetes.	Målet med studien var å finne ut om pasienter med risiko for diabetes 2 hadde tidligere mottatt livsstilsveiledning og hvordan virkning denne veiledningen hadde på dem. Målet var også å sammenligne levevaner opp mot livsstilsendringer.	Kvantitativ studie.	9984 deltagere møtte kriteriene for å delta. 67% var kvinner og 33% var menn. Gjennomsnittsalderen på deltagerne var 54.4 år.	68% av deltagerne hadde tidligere mottatt livsstilsveiledning. Hvor deltagerne geografisk var bosatt hadde en sammenheng med tidligere mottatt livsstilsveiledning og kvaliteten på denne veiledningen.	7/10. Studien er aktuell ved at den vektlegger viktigheten av god kvalitet på livstilsveiledningen som gis av sykepleiere. Gode veiledningsferdigheter er nødvendig for sykepleiere og annet helsepersonell.
6.Lindtröm J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M. og Tuomilehto J. (2003). The Finnish Diabetes Prevention Study. Lifestyle intervention	Målet var å se langtids- og kortidseffekten av livsstilsprogrammet DPS og for å se hvordan effekt livsstilsendringer hadde på kliniske og metabolske målinger.	Kvantitativ studie.	522 deltagere. 265 menn og 257 kvinner. Deltagerne var 46-64 år.	Resultatet viser at livsstilsprogrammet DPS gir svært gode resultater. Deltagerne responderte bra på livsstilsveiledningen de mottok fra sykepleiere, men resultatet viser også at resultatene ble	9/10. Denne studien har vært svært relevant ettersom livsstilsendringene viser seg å ha god effekt. Denne studien har vært grunnlegger for flere studier innen livsstilsveiledning og

and 3-year results on diet and physical activity.				dårligere etter at studien ble avsluttet.	livsstilsendringer, noe som tilsier at livsstilsprogrammet DPS er svært gunstig for forebygging av diabetes 2.
7. Saaristo T, Moilanen L, Korpi-Hyövälti E, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Jokelainen J, Peltonen M, Oksa H, Tuomilehto J, Uusitupa M. og Keinänen-Kiukaanniemi S. (2010). Lifestyle Intervention for Prevention of Type 2 Diabetes in Primary Health Care. One-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D).	Målet med studien var å undersøke langtidseffekten av et finsk livsstilsprogram som tok utgangspunkt i forebygging av diabetes 2.	Kvantitativ studie.	2798 deltagere. Det var et flertall av kvinner. Gjennomsnittsalderen på mennene var 56 år og 54 år hos kvinnene.	Resultatet viser at livsstilsendringer gjort via intervensjon og veiledning fra sykepleier har en langtidseffekt på pasienter med risiko for diabetesutvikling. Majoriteten av deltagerne var overvektige og de deltagerne som klarte å gå ned i vekt reduserte faren for diabetesutvikling i stor grad. Resultatet viser at sammenhengen mellom utviklingen av diabetes 2 og vektnedgang har en trinnvis effekt – jo mer pasienten gikk ned, desto mindre sjanse for diabetesutvikling.	6/10. Studien er relevant ettersom den beviser at livsstilsveiledning fra sykepleiere i primærhelsetjenesten har en langtidseffekt på pasientene. Den er beviser også at vektnedgang hos overvektige pasienter har en svært positiv effekt på diabetesutvikling. Studien bekrefter også at det finske livsstilsprogrammet DPS fungerer og at den fungerer på sikt.
8. Cohen D, Clark E.C, Lawson P.J, Casucci B.A. og Flocke S.A. (2010).	Målet med studien var å undersøke motivasjonsfaktorer og	Kvantitativ studie.	811 deltagere. Menn og kvinner i alderen 18-70 år.	Resultatet viser at sykepleiere og annet helsepersonell må lære	5/10. Studien er aktuell ettersom den tar opp læringsstrategier som

<p>Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care.</p>	<p>veiledningsstrategier som kan endre holdninger til pasienter som har liten forståelse eller kunnskap innen egen helsesituasjon og som trenger en livsstilsendring.</p>		<p>Gjennomsnittsalderen var på 52.6 år. 33% menn og 67% kvinner.</p>	<p>seg ulike veiledningsstrategier for å kunne forstå pasientenes helseproblemer og knytte disse problemene opp mot livsstilsendringer. Resultatet viser også at helsepersonell må bli flinkere til å oppfordre pasienter til livsstilsendringer og å gi veiledning i passende situasjoner.</p>	<p>kan være nyttige tiltak for optimal livsstilsveiledning fra sykepleiere. Studien gir gode eksempler på hvordan strategiene kan gjennomføres av helsepersonell i primærhelsetjenesten.</p>
<p>9. Finbråten H. og Pettersen K.S. (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy».</p>	<p>Målet var å undersøke diabetessykepleieres oppfatninger og erfaringer av pasienters helseforståelse av egen helsetilstand og sykdommer.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>108 diabetessykepleiere fra hele Norge deltok.</p>	<p>Resultatet viser at de fleste pasientene hadde gode kunnskaper og ferdigheter innen insulinmåling og dosering av medisiner og insulinregulering i forhold til mat og trening. Resultatet viser også at pasientene har dårligere kunnskaper innen aktiv deltagelse i helsesamtaler som omhandler egen helse, mange er dårlige på å søke helseinformasjon om sin egen</p>	<p>5/10. Forskningen er relevant for oppgaven ved at den vektlegger behovet for økt kunnskap hos pasienter med risiko for diabetes. Det kommer tydelig frem at mangel på kunnskap innen egen helsetilstand gjør forebyggingsarbeid for sykepleiere vanskelig.</p>

				<p>helsetilstand og mange pasienter forstår ikke fordelene med videre oppfølging fra sykepleiere og annet helsepersonell. Mange pasienter synes det er krevende å følge helseråd som blir gitt. De har også vanskelig med å sortere ut relevant helseinformasjon ut i fra ulike kilder og media. Andre har et urealistisk sykdomsbilde.</p>	
<p>10.Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson J.G, Hemiö K, Hämmäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle T.T, Uusitupa M. og Tuomilehto J. (2006). Sustained reduction in the incident of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up</p>	<p>Målet med studien var å undersøke langtidseffekten av det finske livsstilsprogrammet DPS der pasientene mottok livsstilsveiledning fra sykepleier i primærhelsetjenesten.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>522 deltagere. 172 menn og 350 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 55 år.</p>	<p>Resultatet viser at mange av livsstilsendringene pasientene gjorde under veiledningsperioden ble dårligere etter endt studie, men på samme tid bevarte pasientene mye av endringene og dermed forble risikoen for diabetesutvikling redusert. Noen av deltagerne i studien klarte å bevare mange av livsstilsendringene,</p>	<p>7/10. Studien er relevant da den beviser at den finske DPS har en god langtidseffekt. Dette gjør studien relevant for oppgaven og på samme tid beviser den at livsstilsendringer gjort via veiledning fra sykepleier i primærhelsetjenesten fungerer.</p>

of the Finnish Diabetes Prevention Study.				disse deltagerne reduserte risikoen for å utvikle diabetes så mye at enkelte var utenfor faresonen.	
11. Jansink R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G. og Grol R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.	Målet med studien var å se nærmere på utfordringer sykepleiere møter ved livsstilsveiledning. Ved å kartlegge slike utfordringer kan det utvikles gode strategier som forbedrer pasienters atferd til livsstilsendringer og veiledning.	Kvalitativ studie.	12 sykepleiere deltok i studien.	Resultatet viser ar manglende kunnskap innen kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt var utbredt blant sykepleierne. Lite erfaringer innen veiledning førte ofte til at livsstilsveiledning ble erstattet med enkle kostholds- og treningsråd. Noen sykepleiere hadde vanskelig med å tilpasse veiledningen etter pasientens kunnskapsnivå, noe som førte til at pasientene ikke mottok informasjonen som ble gitt. Sykepleierne rapporterte om at pasienter har dårlig kunnskap innen egen helsesituasjon og at manglende egenvilje til å endre livsstil er et av de største	10/10. Denne studien er svært relevant ettersom den kommer med konkrete utfordringer sykepleiere i primærhelsetjenesten møter ved livsstilsveiledning av pasienter.

				utfordringene ved livsstilsveiledning. Dårlig tid og lite ressurser var ofte et hinder ved veiledning og oppfølging av pasienter.	
12. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A. og Patja K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses.	Målet med studien var å utforske sykepleieres og legers meninger om pasienters ansvar for egen helse innen livsstilssykdommer og risikofaktorer for utvikling av dem.	Kvantitativ studie.	Til sammen var det 220 deltagere. 59 leger og 161 sykepleiere. Gjennomsnittsalderen på legene var 46 år og 45 år hos sykepleierne.	Resultatet viser at samtlige sykepleiere og leger var enige i at pasienter må ta ansvar for egen helse og sykdom. På samme tid var det enighet om at informasjon, veiledning og støtte var en del av sykepleieryrket og derfor måtte sykepleiere ta ansvar for dette. Resultatet viser også at sykepleiere følte de hadde for dårlig veiledningsferdigheter. Tid og ressurser satt en stopper for veiledning og oppfølging.	9/10. Studien er svært relevant ettersom den tar opp konkrete utfordringer og problemer sykepleiere og leger møter ved livsstilsveiledning.
13. Morrato E.H, Hill J.O, Wyatt H.R, Ghushchyan V. og Sullivan P.W. (2006). Are Health Care Professionals Advising	Målet med studien er å finne ut om sykepleiere oppfordrer pasienter med risiko for diabetes til å være i mer fysisk aktivitet.	Kvantitativ studie.	26878 deltagere. 14540 var kvinner og 12338 var menn. Gjennomsnittsalderen var 45 år.	Resultatet viser at sykepleiere oftere oppfordrer overvektige personer med risiko for diabetes 2 til å øke det sitt fysiske	4/10. Studien er noe relevant da den tar opp den positive virkningen fysisk aktivitet har for forebygging av livsstilssykdommer.

<p>Patients With Diabetes or At Risk for Developing Diabetes to Exercise More?</p>				<p>aktivitetsnivå enn normalvektige. Helsepersonell og sykepleiere ga treningsveiledning og oppfordring til økt fysisk aktivitetsnivå oftere til personer som allerede hadde utviklet diabetes 2 eller hadde tre eller flere risikofaktorer.</p>	<p>Den er også aktuell da den tar opp viktigheten med at sykepleiere oppfordrer pasienter med risiko for livsstilssykdommer til økt fysisk aktivitet.</p>
--	--	--	--	--	---