



# Bachelorgradsoppgave

Sykepleierens veiledningsfunksjon i forebyggende arbeid til pasienter som er i risiko for å utvikle type-2 diabetes.

The nurse's counseling function in preventative work with patients at risk of type-2 diabetes.

Line Hepsø

Tone Totland

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling Namsos

Høgskolen i Nord-Trøndelag 2014



## Abstrakt

**Introduksjon:** Forekomsten av diabetes mellitus type 2 har økt i verden. Livsstils forebyggende arbeid har vist seg og hatt god effekt for å hindre utviklingen av denne sykdommen.

**Hensikten** med denne oppgaven var å belyse sykepleierens veiledningsfunksjon i forebyggende arbeid til pasienter som er i risiko for å utvikle type-2 diabetes.

**Metode:** 12 vitenskapelige artikler fra databasene Medline og Chinal er analysert, og de inneholdt en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data.

**Resultat:** Sykepleierens erfaringer viste at det er utfordrende å drive forebyggende arbeid.

Gruppeveiledning og individuell veiledning sammen viste seg å ha god effekt. Sykepleierne erfarte bruk av MI som en god metode å bruke under veiledningen men det viste seg at det krevdes lengre periode med opplæring for å forstå prinsippene i MI. Ulike holdninger til det å drive forebyggende arbeid mot diabetes type-2 i primærhelsetjenesten kom frem. Intervensjonstiltak viste seg å ha positive resultater på risikofaktorene for å hindre utviklingen av sykdommen.

**Diskusjon:** Sykepleierens veiledningsfunksjon er blitt diskutert og det viste seg at sykepleieren har økt behov for veiledningskunnskap. Sykepleierens veilednings funksjon viste seg å ha en betydning i det forebyggende arbeidet.

**Konklusjon:** I det forebyggende arbeidet er det viktig med et økt fokus på sykepleierens veiledningsfunksjon.

## Abstract

**Introduction:** The frequency of type-2 diabetes mellitus has increased. Preventative work with people's lifestyle has proven to be effective to prevent the spreading of disease.

**The purpose** of this study was to shed light on the nurse's counseling function in preventative work with patients at risk of type- 2 diabetes.

**Method:** 12 scientific articles from Medline and Chinal have been analyzed and they contained a combination of qualitative and quantitative data.

**Results:** The nurses' experiences proved to be challenging in the preventative work. Group instruction together with individual counseling proved to be effective. The nurses experienced the use of MI as a good method during the counseling, but a longer period of training to understand the principles of MI proved to be necessary. Different attitudes towards preventative work concerning type-2 diabetes in primary care emerged. Intervention measures proved to have positive results when it came to stopping the development of the disease.

**Discussion:** The nurse's counseling function have been discussed and it showed that the nurses have further need of knowledge about counseling. The nurse's counseling proved to be significant in preventative work.

**Conclusion:** In preventative work it is important to have more focus on the nurse's counseling function.

Nøkkelord/keywords: Diabetes mellitus type 2, prevention, nurse, counseling

## **Innhold**

1. Innledning.....	1
1.1. Hensikt .....	3
2. Metode.....	4
2.1. Søkestrategier .....	4
2.2. Inkludering og ekskludering.....	6
2.3. Utvalg og granskning av artikler .....	6
2.4. Analyse.....	6
2.5. Etske overveielser .....	6
3. Resultat.....	7
3.1. Sykepleierens erfaringer av utfordringer i veiledningsarbeidet .....	7
3.2. Sykepleierens erfaringer ved bruk av ulike veiledningsmetoder.....	8
3.3. Sykepleierens erfaringer av holdninger til livsstils forandringer .....	9
3.4. Sykepleierens erfaringer av intervensjonstiltak.....	10
4. Diskusjon.....	11
4.1. Resultatdiskusjon.....	11
4.2. Metodediskusjon .....	16
4.3. Refleksjoner.....	17
5. Konklusjon .....	18
Litteratur.....	19
Vedlegg .....	23

## 1. Innledning

Forekomsten av sykdommen diabetes mellitus er stigende i Norge og på verdensbasis (Helsedirektoratet, 2009). I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) har 347 millioner mennesker diabetes og diabetes mellitus type-2 (DMT2) utgjør 90 % av personer med diabetes (WHO, 2013). WHO og den internasjonale diabetesføderasjonen regner med at antall av tilfeller på verdensbasis vil stige til 438 millioner i 2030. I Norge får vi hvert år 8000 nye tilfeller av diabetes og de fleste av dem får DMT2 (Allgot, 2011, s. 205).

DMT2 har en sammenheng både med arv og livsstil og blir derfor betegnet som en livsstilssykdom. Den økende prevalensen skyldes blant annet bedre diagnostikk og økt levealder, men også mangel på fysisk aktivitet og økt inntak av fett og sukker. Overvekt og fedme øker også i Norge som i resten av verden, overvekt og fysisk inaktivitet er en av de største risikofaktorene for DMT2 (Helsedirektoratet, 2009, Mosand og Stubberud, 2011a, s. 509). Det finnes flere typer diabetes, de mest vanlige er type 1- og 2-diabetes og den mest økende forekomsten er av DMT2. Siden andre verdenskrig har antall personer med DMT2 blitt firedoblet. Det er mest vanlig hos personer over 30 år og forekomsten øker sterkt med alderen, og i løpet av den siste tiårsperioden har debutalderen for DMT2 blitt lavere (Sagen, 2011, s. 20, Allgot, 2011, s. 206 ).

DMT2 er en kronisk metabolsk sykdom med mange årsaker, som kjennetegnes ved kronisk hyperglykemi og forstyrrelser i karbohydrat-, fett- og proteinomsetningen. Årsaken er manglende eller nedsatt produksjon av insulin i forhold til behovet, eventuelt kombinert med redusert insulinvirkning (Helsedirektoratet, 2009). DMT2 kjennetegnes av varierende grad av insulin mangel og insulinresistens. Det kommer av redusert evne til rask utskilling av insulin fra betacellene og insulinresistens i perifere vev og i leveren. På grunn av at insulinets virkning er redusert, vil glukose opptaket i muskler og fettvev bli nedsatt (Mosand og Stubberud, 2011a, s. 509). DMT2 disponerer for utvikling av ulike senkomplikasjoner som blant annet hjerte- og karsykdommer. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er omtrent dobbelt så høy hos de som har DMT2 sammenlignet med personer uten DMT2 (Helsedirektoratet, 2009). Utviklingen av DMT2 kan komme snikende og gir ingen eller svært beskjedne symptomer den første tiden. Dette kan føre til forsinket diagnose og dermed økt risiko for utvikling av senkomplikasjoner på grunn av ubehandlet hyperglykemi. Forstadiet for utvikling av DMT2 kalles prediabetes, det er på dette tidspunktet det er viktig at intensiv livsstilsbehandling igangsettes slik at det kan hindre eller forsinke utviklingen av diabetes (Sagen, 2011, s. 25).

I de senere årene har det blitt et større fokus på livsstilssykdommer og forebyggende helsearbeid i primærhelsetjenesten etter at samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012. I følge samhandlingsreformen skal det lønne seg å forebygge enn å behandle. Det er store samfunnsmessige

utgifter til livsstilsrelaterte sykdommer. Utgiftene omfatter blant annet direkte kostnader i helsetjenesten, men også utgifter i forbindelse med sykefravær, trygdeutgifter og velferdstap. Det har blitt større fokus på å drive forebyggende helsearbeid i kommunal og primærhelsetjenesten og forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen (St. meld. 47, (2008-2009)).

To viktige arbeidsområder for sykepleiere er helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid er rettet mot å utvikle personens handlingskompetanse og forebyggende arbeid er rettet mot å påvirke konkrete risikofaktorer. Sykepleierens funksjoner i det forebyggende helsearbeidet omfatter tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen (Kristoffersen 2011c, s 198). En studie utført i Canada der en undersøkte måter å implementere diabetes forebyggende programmer på, viste at det å drive forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten er gjennomførbart og godt mottatt av pasienter (Liddy, Cullen-Arseneau, Merizzi og Blazhko, 2013).

Det har vært lang tradisjon for sykepleiere å undervise og informere pasienter, når pasientene må endre sine levevaner. For å unngå helsesvikt er informasjon viktig men utilstrekkelig alene (Kristoffersen, 2011c, s. 353). Sykepleiepedagogisk kunnskap og kompetanse er et viktig felt i sykepleien. Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer støtte, informering, undervisning og veiledning til pasienter. Sykepleiepedagogikk er å gi støtte i læreprosessen som fører til at pasienten får en opplevelse av mestring i det å endre sin livssituasjon (Brataas, 2011, s. 18-19). Tveiten beskriver sykepleierens pedagogiske funksjon slik: «*Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger*» (Tveiten 2008a, s. 30).

I starten er det viktig at sykepleieren informerer og underviser pasienten mot det å endre livsstil. Når pasienten kommer til det stadiet at han ønsker endring og vil handle, er det sykepleierens rolle å gi veiledning. Det er også viktig å fortsette veiledningen slik at pasienten klarer å opprettholde livsstilsendringene (Kristoffersen 2011c, s 353). «*Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier*» (Tveiten, 2008a, s. 71). Veiledning er en viktig og velegnet metode i sykepleiepraksisen. Veiledning innebærer å hjelpe den andre til selv å finne svar, det handler blant annet om å møte pasienten der han er og høre hans behov. En veileder skal ikke først og fremst gi svar, men styrke personens egne ressurser og bidra til at personen mestrer sitt eget liv (Kristoffersen, 2011c, s. 363-364). Hensikten med veiledning er å styrke mestringskompetansen hos pasienten, ved å bruke ressursene til pasienten som et grunnlag til videreutvikling. Ved å styrke pasientens mestringskompetanse bidrar en til å utvikle og ta vare på pasientens empowerment i

veiledningen. Sentralt i veiledningen er at pasienten blir bevisst sine egne ressurser og muligheter, samtidig med det å forstå, se sammenhenger og finne mening (Tveiten, 2008b, s. 63-64).

Denne oppgaven vil ha et sykepleieperspektiv da en kan anse at sykepleiere vil få et større ansvar i det helseforebyggende arbeidet i de kommende år. Det kan tyde på at sykepleierens rolle i det forebyggende arbeidet vil bli mer framtrødende i fremtiden mot å redusere forekomsten av livsstilssykdommer, deriblant DMT2, som er økende blant befolkningen. Veiledning står sentralt i det forebyggende arbeidet. Målet med denne oppgaven vil være å se på sykepleierens veiledningsfunksjon i det forebyggende arbeidet til risikopasienter for å utvikle DMT2.

### **1.1. Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleierens veiledningsfunksjon i forebyggende arbeid til pasienter som er i risiko for å utvikle type-2 diabetes.

## 2. Metode

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985 s. 196). En metodedel skal gi en god beskrivelse av fremgangsmåten i oppgaven, slik at det er overførbart til leseren. Slik at leseren kan få en forståelse av hvordan en har kommet frem til resultatet i oppgaven (Polit og Beck, 2012, s. 689).

Oppgaven besvares etter en IMRaD-struktur. Oppgaven starter med et abstrakt som gir en kort orienteringsbeskrivelse, der oppgavens hensikt beskrives, hvilken metode som er blitt brukt for å finne svar på hensikten, hvilke resultat søkene ga og hvilken betydning har det for sykepleiere i praksis. IMRaD-strukturen er delt inn i fire hovedkategorier: Innledning, metode, resultat og diskusjon (Polit og Beck, 2012, s. 63-65). Bakgrunn, tema og hensikt for denne oppgaven blir presentert i innledningen. Fremgangsmåten blir beskrevet i metodedelen. I resultatdelen presenteres resultatene fra forskningsartiklene som er blitt anvendt i oppgaven. Diskusjonsdelen har tre deler, resultatdiskusjon, metodediskusjon og en refleksjonsdel. Resultatdiskusjonene tar for seg resultatet og drøfter det opp i mot annen litteratur. I metodediskusjonen belyses svakheter og fordeler med oppgaven, mens refleksjonsdelen kommer med tanker som har dukket opp underveis hos forfatterne av denne oppgaven. Oppgaven avsluttes med en konklusjon i forhold til om oppgaven svarer til hensikten. Referanser i løpende tekst, sitat og i litteraturlista er etter Harvard-stil.

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie, som beskriver og analyserer valgte studier. Det er blitt søkt, kritisk gransket og sammenfattet litteratur innenfor et bestemt område (Forsberg og Wengström, 2008, s. 29). Det er blitt brukt en kombinasjon av kvantitative og kvalitative artikler i oppgaven. Kvantitative artikler gir data i form av målbare enheter, kvalitative artikler gir oss meninger og opplevelser som hverken er målbare eller tallfestet (Dallan, 2012, s. 212). Oversikt over søkestrategier (se tabell 1), beskriver dato og hvilken database som er brukt, hvilke søkeord som er blitt anvendt, avgrensninger, antall treff og inkluderte artikler. Søkeordene er blitt utarbeidet ut i fra hensikten og kombinert på ulike måter for å finne artikler. Besvarelsen på resultatet bygger på 12 vitenskapelige artikler fra disse søkene som er fra Medline og Chinal, der en av artiklene er et manuelt søk (se tabell 1).

### 2.1. Søkestrategier

Det manuelle søket ble funnet via litteraturlisten i artikkelen, *Process Evulation of a lifestyle Intervention to Prevent Diabetes and Cardiovascular Diseases in Primary*, skrevet av Lakerveld, J., Bot, S., Cinapaw, M., Van Tulder, M., Kingo, L. og Nijpels, G.(2012). Det ble søkt på forfatternavnet Lakerveld i Medline, slik ble artikkelen *Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial*, funnet.

Tabell 1. Oversikt over søkestrategier

Dato	Data-base	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	For-kastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
05.03-14	Chinal	DMT2 (4) Prevent* (4) Counseling (1) AND	2004-2014 Linked full text Exclude medline records	10	*3 **2	***3	2	1
07.03-14	Medline	Diabetes mellitus type 2 (1) Counseling (1) AND	2004-current Abstract Full text English	148	*49 **68	***19	12	9
11.03-14	Manuelt søk i medline	Lakerveld, J.	Author					1
25.03-14	Medline	Diabetes mellitus type 2 (1) Preventive (2) Nurse* (3) AND	2004-current Abstrakt Full text english	40	*18 **14	***5	3	1

\*Antall ekskluderte artikler etter leste titler

\*\*Antall ekskluderte artikler etter leste abstrakter

\*\*\*Antall artikler som er lest i helhet

(1) Eksplodet søkeordet, including all subheadings, OR

(2) Eksplodet preventive health service, include all subheadings, OR

(3) Explodet nurse practitioners, explodet nurse clinicians, explodet nurse patient-relations, include all subheadings, OR

(4) Search as keyword, include all subheading, OR



## **2.2. Inkludering og ekskludering**

Inkluderingskriteriene i oppgaven var sykepleieperspektiv, sykepleierens veiledningsfunksjon og forebyggende arbeid til mennesker som er i risiko for utvikling av DMT2/prediabetes i primærhelsetjenesten/allmennpraksis. Ekskluderingskriteriene var de som hadde diagnosen diabetes, pasientperspektiv, artikler som ikke omhandlet sykepleiere, barn og unge.

## **2.3. Utvalg og granskning av artikler**

Utvelgelsen av artiklene startet med at titlene på artiklene ble lest, de som virket relevante opp mot vår hensikt ble nærmere undersøkt ved å lese abstraktet. Etter leste abstrakt ble det valgt ut artikler som ble lest i sin helhet og videre kritisk vurdert om det ble sett noen sammenheng opp i mot hensikten. Det er blitt utarbeidet en tabell (se vedlegg, tabell 2), som har en oversikt over inkluderte artikler etter publiserings år, informasjon om forfattere, tittel, tidsskrift og i hvilket land studiet er utført. Tabellen gir informasjon om studiens hensikt, metode, hovedresultat og kvalitetsbedømming. Under kvalitetsbedømming ble det brukt NSD database for statistikk om høyere utdanning for å kontrollere at de valgte artiklene ligger på et vitenskapelig nivå.

## **2.4. Analyse**

Analysen av teksten ble gjennomført ved at en først fikk et helhetsinntrykk av artiklene, deretter ble resultatet gransket ved å identifisere meningsbærende enheter som belyser hensikten. I neste steg ble de meningsbærende enheter systematisert til koder for å samle fellestrekk og likheter, kodene ble så brukt som grunnlag for å danne subkategorier som synliggjør ulike deler av innholdet. Essensen av subkategoriene dannet grunnlaget for kategoriene i oppgaven og disse ble brukt til overskrifter i resultatdelen (Malterud, 2013, s. 91-112). Oversikt over subkategorier og kategorier (se vedlegg, tabell 3).

## **2.5. Etiske overveielser**

Etisk atferd i forskning innebærer ikke bare beskyttelse av rettigheter til mennesker, men også arbeidet med å opprettholde høye standarder for integritet, der en behandler forskningsresultatet på en rettferdig måte og unngår former for forskning der man finner plagiat eller forfalskning av data (Polit og Beck, 2012, s. 150-167). Målet med denne studien er å behandle og gjengi forskningsresultatene på en rettferdig måte. Det innebærer at materialet ikke bærer preg av egne meninger som påvirker resultatet i oppgaven. Alle artiklene som er anvendt i oppgaven er etisk godkjent.

### **3. Resultat**

#### **3.1. Sykepleierens erfaringer av utfordringer i veiledningsarbeidet**

Sykepleierne møter organisatoriske utfordringer i veiledningsarbeidet mot å forebygge DMT2 i primærhelsetjenesten. Med de ressursene som de har til rådighet i primærhelsetjenesten blir det vanskelig å drive det forebyggende arbeidet, samt at det er tidskrevende. Sykepleierne erfarer at de som ligger i risikozonen for å utvikle DMT2 ikke får den oppfølgingen og veiledningen som de har behov for. Med de midlene som er til rådighet er det vanskelig å forhindre utviklingen av sykdommen til de i risikozonen, og dermed vil de før eller senere utvikle DMT2. De mener at dette er noe som primærhelsetjenesten bør takle og at det må tilkomme tilsvarende ressurser slik at man kan fange opp risikopasienter tidlig nok, slik at de får riktig oppfølging og veiledning i behandlingen mot DMT2 (Williams et al. 2004). Individuell veiledning i primærhelsetjenesten, viser seg å være en utfordring da det er mangel på tid og økonomiske refusjoner. Det var problemer med å skaffe passende lokaler, ha nok tilgang på fagfolk og nok tid til pasientene. Sykepleierne erfarer at det å gi god nok veiledning som skal til for å øke motivasjon til livsstilsendringer, blir vanskelig å imøtekomme hos deltagerne (Vermunt et al. 2012).

Sykepleierne erfarer at den mest sentrale hindringen for veiledning i behandling mot å forebygge DMT2, er pasientenes egen uvilje mot livsstilsendring (Jallinoja et al. 2007). I møte med pasientene er den største utfordringen å hjelpe deltagerne til å bygge motivasjon og til å endre sin atferd med sine personlige verdier og mål. Motstanden de møter hos pasientene er at de har den oppfattelsen av at det å spise sunt er kostbart og tidskrevende. Sykepleierne erfarer også at deltagerne har barrierer mot fysisk aktivitet, som gikk ut på værforhold og fysiske forhold som forårsaker smerte og begrenset mobilitet (Whittemore et al. 2009). Andre utfordringer de møter hos deltagerne, er at de allerede tidligere har fått nok informasjon, at de ikke har tid eller at tidspunktet ikke passer. De mener at dette er årsaker til at pasientene ikke møter opp på gruppesamlingene (Vermunt et al. 2012). Sykepleierne opplever at deltagerne har tilstrekkelig kunnskap når det gjelder risikofaktorer for å utvikle DMT2 og det blir sjelden sett på som en barriere i det forebyggende arbeidet (Jallinoja et al. 2007).

Sykepleierne sier at det er deres oppgave å utøve informasjonsrådgivning, motivere og gi støtte til pasienter i en livsstilsendring. Men nesten halvparten uttrykker at de ikke har nok kunnskap i livsstilsveiledning, de føler de har mangel på tid til å sette seg inn i pasientens livssituasjon i sin nåværende arbeidsdag (Jallinoja et al. 2007). Veiledningen bør være tilstrekkelig og av høy kvalitet som svarer til personens individuelle behov, for å støtte en endringsprosess mot en varig livsstilsendring (Salmela et al 2011). Sykepleierne erfarer at deltagerne har vedvarende behov for løpende faglig støtte for å oppnå varige livsstilsendringer (Whittemore et al. 2009).

De største utfordringene sykepleierne erfarer, er at de ikke har nok kunnskap rundt temaet ernæring og føler seg ikke egnet til å veilede innenfor dette temaet (Vermunt et al. 2012). Det kommer tydelig frem blant sykepleierne at de har behov for innspill fra en kostholdsekspert, som en viktig ressurs for å kunne gi god og riktig kostholdsveiledning. De anser det som en viktig støtte i sitt forsøk på å veilede personer til livsstilsendring for de som er i risikozonen for å utvikle DMT2 (Jallinoja et al. 2007). Sykepleiere blir sett på som en viktig aktør i det tverrfaglige arbeidet sammen med leger, ernæringsfysiologer og fysioterapeuter i organisering og utførelse av intervensjoner (Vermunt et al. 2012).

### **3.2. Sykepleierens erfaringer ved bruk av ulike veiledningsmetoder**

Sykepleierne erfarer at gruppebasert veiledning ikke er egnet for alle i det forebyggende arbeidet mot DMT2. Deltagere som har andre tilleggsproblemer trenger ekstra oppfølgingstiltak for å kunne fullføre intervensjonen, slik at de kan mestre livsstilsendringer for å forebygge utviklingen av DMT2 (Laatikainen et al. 2007). Resultater fra gruppeseminar og tverrfaglig individuell veiledning som blir implementert sammen, viser bedring i de metabolske verdier og gir vekttap hos deltagerne. Det kommer også frem at det er en sammenheng mellom oppmøte og vekttap. De som har over 75 % oppmøte, har et vekttap på gjennomsnitt 6,7 kg, i forhold til de som har oppmøte under 75 % der det viser ingen vekttap (Gagnon et al. 2011). Sykepleierne erfarer at deltagerne var veldig fornøyde med individuell veiledning under intervensjonen (Vermunt et al. 2012). Det er viktig med individuell tverrfaglig tilnærming i tillegg til gruppesamlinger for å oppnå vekttap hos personer med prediabetes (Gagnon et al. 2011).

Sykepleierne anser at motiverende intervju (MI) og problemløsende behandling er en effektiv metode i å støtte personer i prosessen mot å endre sin atferd. Resultatet viser at når sykepleierne får innføring i MI og problemløsende behandling, føler de seg trygge i å benytte disse metodene under veiledning til deltagerne. Etter at studiet var gjennomført viser det seg at tilliten er uendret eller styrket til å bruke MI og problemløsende behandling som en metode i veiledning. Sykepleierne erfarer at noen av deltagerne til å begynne med, ikke var fornøyde med kombinasjonen av MI og problemløsende behandling i veiledningen. Sykepleierne skulle støtte deltagerne sine valg i atferdsendringen og hjelpe dem i å implementere disse løsningene i sine liv. Deltagerne forventet at de skulle bli fortalt hva de skulle gjøre og mislikte at de selv måtte finne løsninger på hvordan de skulle endre sin atferd (Lakerveld et al. 2012).

MI kurs blir betraktet som et nyttig hjelpemiddel i veiledningsarbeidet og alle sykepleierne vil gjennomføre et slikt kurs, dersom et slikt livsstilsprogram skal implementeres fast i primærhelsetjenesten, der en forebygger DMT2 (Vermunt et al. 2012). MI er effektivt å benytte i veiledningen, der deltagerne får et kognitivt verktøy som bidrar til at de starter en atferdsendring som kan opprettholdes over tid (Greaves et al. 2008). Sykepleierne erfarer at ved bruk av MI som en

metode i veiledning mot å forebygge DMT2, forandrer deltagerne sin tankemåte. Før intervensjonen kom pasientene med unnskyldninger for ikke å endre sin atferd. Sykepleierne erfarer at ved bruk av MI som en metode i veiledningen, fører det til at deltagerne får motivasjon til å gjøre ting de ikke liker å utføre. Deltagerne utviklet interesse for å innhente ytterligere kunnskap for å få informasjon og nye matoppskrifter, det bidrar til at deltagerne får positive endringer i forhold til kosthold og fysisk aktivitet (Whittemore et al. 2009). Opplæring i bruk av MI til sykepleierne gjør at de føler seg godt forberedt til å tilby livsstilsveiledning til personer som er i fare for å utvikle DMT2. Det ble rapportert av sykepleierne at de ikke har noen form for strukturert tilnærming til pasientene. Veiledningen skjer uformelt til personer som er i risiko for å utvikle DMT2 i primærhelsetjenesten. Sykepleiere som får opplæring i MI har stor tro og høy tillit til å gjennomføre metoden i livsstilsintervensjon med å forebygge DMT2 (Vermunt et al. 2012). MI er en ny atferds strategi som sykepleierne skal anvende og de uttrykker at MI er den mest utfordrende delen i intervensjonsarbeidet. Det som sykepleierne føler er mest utfordrende er å hjelpe deltagerne til å få økt motivasjon slik at de kan nå sine personlige verdier og mål. Det viser seg at det blir lettere å gjennomføre denne formen for veiledning underveis, da de klarer å møte behovene til hver enkelt deltager bedre etter hvert (Whittemore et al. 2009).

### **3.3. Sykepleierens erfaringer av holdninger til livsstils forandringer**

Sykepleierne oppfatter, etter deres erfaringer, at det er utfordrende å drive forebygging av DMT2 i primærhelsetjenesten. De sier at arbeidsmengden er stor nok i primærhelsetjenesten som den er, i forhold til behandlingen til de som allerede har diabetes. De uttrykker at primærhelsetjenesten ikke skal bli brukt som en screening-tjeneste, men til behandling av pasienter. Ansvar for å drive forebyggende arbeid mot DMT2 er etter sykepleiernes mening, ikke primærhelsetjenesten alene sitt ansvar. De sier at regjeringen må ta mer ansvar i det forebyggende arbeidet og at hver enkelt person bør ta mer ansvar for seg selv (Williams et al. 2004). Et gratis treningsprogram bør være en del av livsstilsintervensjon for DMT2 forebygging, der det blir tilbudt strukturert veiledning som igjen bidrar til økt motivasjon hos deltagerne (Vermunt et al. 2012). Det å drive opplysningsarbeid og veiledning ved å gi motivasjon og støtte til pasienter i livsstilsendringer, er av sykepleiernes oppfattelse en del av sine oppgaver. Det er enighet blant sykepleierne om at pasientene må akseptere at de selv har et ansvar for livsstilsrelaterte beslutninger. Samtidig med at de må få tildelt ansvar for egenomsorg relatert til livsstilsendringer (Jallinoja et al. 2007). Sykepleierne er bekymret for at deres nåværende rolle må vike for en mer spesialisert sykepleie.

De er redde for at den generelle sykepleieren til slutt kommer til å forsvinne til fordel for en mer spesialisert videreutdannet sykepleier innen kroniske sykdommer. Holdninger til noen av sykepleierne i forhold til det forebyggende arbeidet mot DMT2, er at det er tidskrevende å motivere pasienter. Sykepleierne mener at de ikke har god nok tid til å følge opp pasientene godt nok slik at de får endret sin livsstil. Den generelle oppfattelsen blant sykepleierne er at pasientene vil uansett utvikle DMT2 (Williams et al. 2004).

### **3.4. Sykepleierens erfaringer av intervensjonstiltak**

Sykepleierne erfarer at personer som tidligere har deltatt på livsstilsintervensjon og mottar ytterligere veiledning, får økt motivasjon til å gjennomføre tiltakene mot å endre livsstil. De erfarer at tidligere veiledninger til personer som er i risiko for å utvikle DMT2, øker effekten av en ny livsstilsintervensjon. Deltagerne beveger seg i større grad fra tankevirksomhet til handlingsstadiet i det å endre livsstil (Salmela et al. 2011). Etter intervensjonen erfarer sykepleierne at det er tydelige forbedringer hos deltagerne i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Deltagerne økte forbruket av grønnsaker og frukt, de endret fettinntaket ved å redusere mengden av mettet fett og økte inntaket av umettet fett. De økte også sin fysiske aktivitet og hadde troen på at de trente nok til at de kunne opprettholde sin helsetilstand og sin fysiske form, selv etter at intervensjonen var ferdig (Gilis-Januszewska et al. 2011).

Sykepleierne erfarer at deltagere som får veiledning klarer å oppfylle et eller flere av sine mål i løpet av ett år, de økte sin fysiske aktivitet og fikk et sunnere kosthold. De kliniske målene viser vekttap, lavere BMI og redusert livvidde. De reduserte fettinntaket og økte fiberinntaket. Resultatet viser at flere av risikofaktorene for å utvikle DMT2 hadde sunket betraktelig (Absetz et al. 2007).

Insulinfølsomheten økte og insulinsekresjonen ble lavere til deltagerne (Gagnon et al. 2011). Forbedringene er positive når det gjelder plasmaglukose og det totale kolesterolet, vekttap og midjereduksjon. Resultatet viser tydelige endringer etter tre måneder, som ble opprettholdt blant deltagerne etter tolv måneder. Av 79 deltagere som hadde skrevet ned blodsukkerverdier ved studiestart, utviklet 5 av de DMT2 og 42 fikk normale blodsukkerverdier (Laatikainen et al. 2007).

Ved bruk av MI og problemløsende behandling som en metode i veiledningen erfarer sykepleierne at det gir liten effekt i det forebyggende arbeidet mot DMT2, når det gjelder bedring i kosthold og fysisk aktivitet. Dette i motsetning til kun å gi ut skriftlig informasjon (Lakerveld et al. 2013). Resultatet viser at det er rom for forbedring hos sykepleierne med tanke på å utvikle veiledningsteknikker som kan gi effektive resultater i det å forebygge DMT2. Det viser at det kreves en lengre periode med opplæring med MI og problemløsende behandling for å kunne gi resultater i veiledningsarbeidet (Lakerveld et al. 2012).

## 4. Diskusjon

### 4.1. Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleierens veiledningsfunksjon i forebyggende arbeid til pasienter som er i risiko for å utvikle DMT2. En kan forstå ut i fra resultatet at det kan være utfordrende å drive et slikt veiledningsarbeid i primærhelsetjenesten. Det viser seg at sykepleierne føler at de mangler nok tid til å skulle gi god nok oppfølging og veiledning som pasientene har behov for. Det kommer frem at sykepleierne mangler tid til å sette seg inn i pasientens livssituasjon i sin arbeidshverdag. Det er viktig at veilederen først bygger en relasjon med den en skal veilede.

Veilederen må prioritere å bruke tid på å etablere en trygg og anerkjennende relasjon før veiledningen begynner. Det vil si at kontaktforholdet er selve hjørnesteinen i veiledning, mellom veileder og den som blir veiledet. Ved å gjennomføre en god veiledning blir det viktig at sykepleieren setter seg inn i pasientens egen subjektive opplevelse av situasjonen, ettersom det er den subjektive opplevelsen som styrer valg og handlinger en pasient foretar seg. Når en sykepleier skal gjennomføre veiledning er det vesentlig å sette søkelyset på hva som er barrierer eller hindringer for den helsefremmende atferden. Det innebærer at sykepleieren må hjelpe pasienten til selv å oppdage de positive mulighetene som ligger i det å velge en helsefremmende atferd (Kristoffersen, 2011c, s. 221-222, 365).

Ut ifra resultatet kan en forstå at en av de største hindringene sykepleierne erfarer i veiledningen, er pasientenes egen uvilje mot å endre livsstil. Den sentrale utfordringen var å hjelpe deltagerne til å bygge motivasjon og til å endre sin atferd med sine personlige verdier og mål. Når pasienten mangler motivasjon er det viktig at veilederen ikke virker moraliserende overfor den en veileder, det kan virke mot sin hensikt og føre til at pasienten føler at veilederen virker fordømmende. Veilederens oppgave der pasienten ikke enda er rede til å endre livsstil, blir å gi informasjon og oppmuntre. Det kan gjøres ved å stille åpne spørsmål, anerkjenne pasientens valg og å tilby profesjonelle råd. Ved å fokusere på kommunikasjon og relasjonen og ikke på resultatet, kan en gi pasienten trygghet, rom og tillitt til å kjenne etter og reflektere. Det kan gjøre det mulig for pasienten å bli bevisst problemet og utarbeide personlige mål. Ved å få fram pasientens refleksjon ved å bruke empowerment i veiledningen, setter man i gang en prosess der pasienten får økt kontroll over faktorer som påvirker helsen, der en styrker pasientens egne ressurser og troen på seg selv. Slik kan en sykepleier styrke pasientens evne til å erkjenne sine problemer og til å stimulere pasienten til å ta valg mot målet å endre livsstil (Eide og Eide, 2011, s. 339-340, Kristoffersen, 2011c, s. 338).

En kan forstå ut i fra resultatet at sykepleierne føler de ikke har god nok tid til å følge opp pasientene, slik at de kan endre sin livsstil. Sykepleierne uttrykte at tidspresset gjorde de stresset og det var vanskelig å være tålmodig i det å lytte til det pasienten hadde å si (Jansink, Barspenning, van der Wijden, Elwyn og Grol, 2010). Det viser seg at tid ikke er en nødvendig forutsetning for en god samtale under en veiledning, når relasjonen mellom pasient og veileder er etablert. Det å ha en

begrenset tidsramme på veiledningen kan være til hjelp til å fokusere på det som er vesentlig, for begge partene (Eide og Eide, 2011, s. 254). Resultatet viser at sykepleierne mener at det er deres oppgave å drive opplysningsarbeid og veiledning ved å gi motivasjon og støtte til pasienter i livsstilsendring, men pasientene selv må akseptere at de har et ansvar i det å ta livsstilsrelaterte beslutninger. Sykepleierne fremhevet en mangel i deres ferdigheter når det gjelder livsstilsrådgivning, de visste ikke hvordan de skulle utvikle en konkret og strukturert handlingsplan i samarbeid med pasienten (Jansink et al. 2010). Forståelsen man kan få fra resultatet er at veiledningen bør være tilstrekkelig og av høy kvalitet som svarer til personens individuelle behov, der enkelte sykepleiere sier de ikke har nok kunnskap om livsstilsveiledning. Veilederen har det største ansvaret for at veiledningen skal bli god, det er veilederens funksjon å legge til rette slik at hensikten med veiledningen oppnås. Det forutsetter at en har veilederkompetanse og det er veilederens ansvar å tilegne seg veiledningskunnskap, samt ferdigheter i forhold til metoder og kommunikasjon. Veiledningskompetanse kan oppnås på to ulike måter, en formell veilederkompetanse ved studier eller reell veilederkompetanse gjennom selvstudier, erfaring og refleksjon over egen veiledning (Tveiten, 2008b, s. 107- 108).

Fra resultatet viser det seg at gruppeseminar og tverrfaglig individuell veiledning som er implementert sammen gjør at deltakerne oppnår bedre resultater i målet om å endre sin livsstil. Veiledningen bør planlegges ut i fra målgruppens situasjon og ta hensyn til individuelle behov og forutsetninger. Det kan være fornuftig og samle pasienter i grupper der de kan ha utbytte av å lære i felleskap. Det er ikke bare sykepleierens kunnskap og erfaringer som er viktig i gruppeveiledning, deltagerne vil også lære av å utveksle og dele sine egne erfaringer. Samtidig kan det oppleves som noe positivt med det å bidra med noe overfor andre deltagere. Gruppeveiledning inneholder viktige elementer som individuell undervisning ikke har, undervisning i grupper erstatter ikke den individuelle veiledningen, men støtter elementer som kan være viktige (Kristoffersen, 2011c, s. 177, 359). Tveiten skriver også om dette, når veiledningen foregår i gruppe gjør det at deltakerne kan dele sine erfaringer, opplevelser og reflektere sammen. Det kan bidra til at deltakerne føler felleskap og at de ikke er alene om å ha et problem. Å delta i en gruppeveiledning kan bidra til avdramatisering og alminneliggjøring av problemene, og gir muligheter for innspill fra flere (Tveiten, 2008b, s. 123-124).

Resultatet viser erfaringer sykepleierne har gjort ved å gi god nok veiledning som skal til for å øke motivasjon til livsstilsendringer, kan bli vanskelig å imøtekomme hos deltagerne. Det kommer også frem fra resultatet ved å benytte MI som en metode i veiledning mot å forebygge DMT2, kan være effektivt. Deltagerne får et kognitivt verktøy som bidrar til at de starter en atferdsendring som kan opprettholdes over tid. MI er en metode som brukes i samtale, den er først og fremst personsentrert, noe som betyr at det er pasientens syn på sin situasjon og livsstil som er i fokus under samtalen. Ved å bruke MI-teknikker kan en hjelpe pasienten med å utforske ulike alternativer til endring. Denne måten bidrar ofte til at en øker pasientens motivasjon, interesse for og evne til atferdsendring over tid. MI

kan være med på å bidra til at en påskynder endringsprosessen. Under en MI-samtale ønsker veilederen å hente fram personens egne motiver for endring. Ved bruk av metoden MI i veiledning gjør at en følger pasientens tempo, der en hjelper pasienten med å se mulighetene til å velge en forandring i eget liv (Ivarsson, 2010, s. 9-10). Resultatet viser at deltagerne kom med unnskyldninger for ikke å endre sin atferd, men ved at sykepleierne benyttet MI i veiledningen førte dette til at deltagerne endret sin tankemåte og motivasjon til å gjøre ting de ikke likte å utføre. Under en MI samtale ønsker veilederen å få frem pasientens egne motiver for endring, en vil hjelpe pasienten til å bli bevisst og utforske sine motstridende tanker og følelser som en opplever når det gjelder spørsmål om endring av livsstil (Ivarsson, 2010, s. 10). En kan tyde ut i fra resultatet at sykepleierne føler det er mest utfordrende å hjelpe deltagerne til å få økt motivasjon, slik at de kan nå sine personlige verdier og mål. MI er en metode som er godt egnet til bruk hos mennesker der målet er å utvikle en endringsprosess, som øker motivasjon for å igangsette atferdsendringer (Kristoffersen, 2011c, s. 368). Det kommer også frem i resultatet at MI er en ny metode som sykepleierne anvendte under veiledningen i det forebyggende arbeidet mot DMT2. Metoden blir benyttet mye i helsesektoren der det handler om å hjelpe mennesker til å endre livsstil for å unngå utvikling av sykdom. Metoden er godt egnet for sykepleiere som arbeider med mennesker der livsstilsendring er et aktuelt tema (Kristoffersen, 2011c, s. 368). Det kommer frem i resultatet at deltagerne utviklet interesse for å innhente ytterligere kunnskap, informasjon og matoppskrifter. Dette bidro til at deltagerne fikk positive endringer i forhold til kosthold og fysisk aktivitet.

Resultatet viser at sykepleierne ikke hadde noen form for strukturert tilnærming og at veiledningen skjedde uformelt i primærhelsetjenesten, til personer som er i risiko for å utvikle DMT2. En studie der de undersøkte sykepleiernes erfaring ved bruk av MI i primærhelsetjenesten etter at de fikk opplæring, viste at sykepleierne var veldig inngrodd i sine vanlige rådgivningsmetoder. Disse avvek fra MI tilnærmingen og det var vanskelig å innlemme dette som en rutine i praksisen (Söderlund, Nilsen og Kristensson, 2008). Resultatet viser at de som fikk opplæring i MI hadde stor tro og tillit til å bruke metoden under veiledningen. Opplæringen gjorde at sykepleierne følte seg godt forberedt til å tilby livsstilsveiledning til personer som er i risikozonen. Det viste også at det ble lettere å gjennomføre denne formen for veiledning underveis. Man kan se lignende resultater i studiet utført av Söderlund et al. der sykepleierne syntes det var vanskelig å bruke MI i begynnelsen, men etter at de forsto prinsippene begynte de å sette pris på MI som en metode under veiledningen (Söderlund et al. 2008). Det kommer også frem i resultatet at sykepleierne betraktet MI kurs som et nyttig hjelpemiddel i veiledningsarbeidet, og dersom et livsstilsprogram mot å forebygge DMT2 skal implementeres fast i primærhelsetjenesten, ønsket alle sykepleierne å delta på et slikt kurs. Studie utført av Söderlund et al. viser at opplæringen av MI og oppfølgingen underveis ble sett på som en viktig del av den effektive læringen. Samt ved å bruke MI ferdigheten de lærte i kombinasjon med å anvende det underveis i sitt daglige arbeid viste seg å være en effektiv måte å lære MI på (Söderlund et al. 2008).



Resultatet viser at sykepleierne anser MI og problemløsende behandling som en effektiv metode i å støtte pasienter i prosessen mot å endre atferd. Sykepleierne følte seg trygge i å benytte disse metodene i veiledningen. En av sykepleiernes viktigste oppgaver er å hjelpe pasienter i å løse eller forholde seg bedre til sine helseproblemer. Som en viktig del av sykepleiernes fagkunnskap bruker sykepleierne en problemløsende metode for å hjelpe pasientene. I sykepleie kalles denne metoden for sykepleieprosessen. Den går ut på å identifisere problemet, komme frem til sykepleie diagnose, fastsette mål, utarbeide plan for målarbeidet, gjennomføre planen og evaluere resultatet (Eide og Eide, 2011, s. 42). Det kommer frem i resultatet der sykepleierne erfarte at deltagerne til å begynne med ikke var fornøyde med kombinasjon av MI og problemløsende behandling i veiledningen. Deltagerne forventet at de skulle bli fortalt hva de skulle gjøre, og likte ikke at de selv måtte finne løsningene på hvordan de skulle endre sin atferd. Ut i fra resultatet kan man forstå at ved å bruke disse veiledningsmetodene for å forebygge DMT2, kan en anse at det kreves en lengre periode med opplæring. På denne måten kan sykepleierne utvikle sine veiledningsteknikker, som kan gi resultater mot å forebygge risikofaktorer for utviklingen av DMT2. Selv om helsepersonell kan bli flinke i å bruke MI i veiledningen i løpet av kort tid, vil det kreve en lengre periode opplæring for å få en dypere forståelse av prinsippene i MI som kan være vanskelig å oppnå med bare noen få økter (Söderlund et al.2008).

Resultatet belyser at sykepleiere er viktige aktører i det tverrfaglige arbeidet i forebyggingen mot DMT2. Behovet for tverrfaglig samarbeid er økende og det tverrfaglige samarbeid viser seg å være nødvendig knyttet til blant annet forebygging. Sykepleiere må være i stand til å vurdere hvilke pasienter som har behov for tverrfaglig samarbeid. Gjennom det å ha et tverrfaglig perspektiv på pasientens situasjon ses mennesket som en helhet, slik settes de ulike sidene ved pasientens livssituasjon i sammenheng (Kristoffersen, 2011a, s. 311). Det kommer frem i resultatet at erfaringer av gruppebasert veiledning ikke er egnet for alle. Det kan forstås med at de som har tilleggsproblemer trenger ekstra oppfølgingstiltak for å mestre livsstilsendringer for å forbygge DMT2. Det viser seg også at det er viktig med individuell tverrfaglig tilnærming i tillegg til gruppesamlinger for å oppnå livsstilsendringer hos de med prediabetes. Det forventes at sykepleierne har kompetanse for faglig og tverrfaglig samarbeid som bidrar til koordinert helsehjelp og veiledning til pasienter de møter (Brataas, 2011, s. 229). En kan forstå ut i fra resultatet at sykepleierne har utfordringer når det kommer til temaet om ernæring og føler seg ikke egnet til å gi god og riktig kostholdsveiledning. Det kommer også frem at de har behov for innspill fra en kostholdsekspert og det blir sett på som en viktig ressurs i sitt forsøk på å veilede pasienter til livsstil endring for de som er i risiko for å utvikle DMT2. Det å utøve tverrfaglig innsats til pasienter, der ulike yrkesgrupper overfører kunnskap til hverandre, kan føre til at pasienten får en mer helhetlig forståelse, det kan bidra til at pasienten får tilrettelagt tiltak etter sine behov og oppnår bedre resultater (Kristoffersen, 2011a, s. 311).

Med de midlene som er til rådighet i primærhelsetjenesten kan en ut fra resultatet forstå at det er vanskelig å forhindre sykdommen til de som er i risikozonen for å utvikle DMT2. Sykepleierne har en formening om at disse pasientene før eller senere kommer til å utvikle sykdommen. De uttrykker at dette er noe primærhelsetjenesten bør takle, så fremt at det tilkommer tilsvarende ressurser, slik at disse pasientene får riktig oppfølging og behandling. Det kommer også frem av sykepleierne at arbeidsmengden er stor nok som den er i primærhelsetjenesten og at den ikke skal bli brukt som en screeningstjeneste men til behandling av pasienter. Det er blitt utført en studie i USA der en undersøker økonomiske begrunnelser for screening for prediabetes. Der kom de frem til at screening ser ut til å være kostnadsbesparende sammenlignet med at det ikke blir utført noen screening hos risikopasienter. Resultatet fra denne studien støtter opp om at det bør tas hensyn til forebyggende behandling og at det kan være kostnadsbesparende å innføre screening i forebyggende behandling av DMT2, i motsetning til kostnaden det innebærer i å behandle pasienter med sykdommen (Chatterjee, Narayan, Lipscomb og Phillips, 2010). Det kommer også frem i resultatet at sykepleierne mener at regjeringen må ta mer ansvar i forebyggingen mot DMT2. Samhandlingsreformen sier at det skal lønne seg å forebygge i stedet for å behandle, og den beskriver også nødvendige grep når det gjelder både organisering og finansiering for at kommunene skal kunne realisere dette målet (St. meld. 47, (2008-2009)). I samhandlingsreformen legges det opp til at mye av det forebyggende og helsefremmende innsatsen skal finne sted i kommunehelsetjenesten, og at sykepleiere skal gis en viktig rolle i dette arbeidet (Kristoffersen, 2011c, s. 198). Sykepleierne vil på denne måten ha behov for økt kompetanse knyttet til undervisning og veiledning som retter seg mot mennesker som har behov for å legge om livsstilen (Kristoffersen, 2011a, s. 301).

Viktige årsaker til utviklingen av DMT2 er fedme og fysisk inaktivitet. I følge WHO finnes det en overbevisende dokumentasjon der vektreduksjon og fysisk aktivitet minsker risikoen for å utvikle DMT2 (Kristoffersen, 2011c, s. 233). Resultatet viser at sykepleierne erfarer at etter intervensjon mot å forebygge DMT2, sank risikofaktorene betraktelig. Tydelige forbedringer viste seg hos deltagerne i forhold til kosthold og fysisk aktivitet, samt lavere BMI, redusert livmidje og vekttao. Det viser også at deltagerne som får veiledning klarer å oppfylle de mål som de setter seg. Det kommer også frem at sykepleierne erfarer at personer som tidligere hadde deltatt på livsstilsintervensjon og mottar ytterligere veiledning, får økt motivasjon til å gjennomføre målene mot å endre livsstil. Deltagerne beveget seg i større grad fra tankevirksomhet til handlingsstadiet. En studie der de undersøkte langsiktige resultater etter en livsstilsintervensjon med fem års oppfølging, viste bedringer i risikofaktorene for å utvikle DMT2 etter det første året, men etter fem år var de fleste effektene forsvunnet på grunn av lav tilslutning til den nye dietten (Lindahl et al. 2009). En kan forstå ut i fra resultatet at pasientene har et vedvarende behov for løpende faglig støtte for å oppnå varige livsstilsendringer. Det viser seg at personer som er overvektige, trenger kontinuerlig støtte for å kunne iverksette, gjennomføre og opprettholde nødvendige livsstilsendringer. Det er vanskelig å følge en

bestemt diett og det viser at det var behov for et opplegg som inneholdt et langtidsperspektiv der en inkluderte betydelig positiv støtte. De som klarer å legge om kostholdet og øke aktivitetsnivået, kan redusere faren for å utvikle DMT2 med inntil 50 % (Kristoffersen, 2011c, s. 233-234). Sykepleierne syntes det var vanskelig å diskutere livsstils og atferdsendringer, de var redde for å virke fordømmende da de trodde de ville sette forholdet til pasienten på spill. En annen barriere sykepleierne nevnte var mangel på empati, som kan skje når sykepleieren ikke forstår hvorfor det er så vanskelig for pasienten å endre livsstil (Jansink et al. 2010). Resultatet viser at sykepleierne møter en del motstand hos deltagerne, der de har en del barrierer mot å endre sin livsstil. Sykepleiere vil være av stor betydning i det å hjelpe pasienter til å forstå hva det innebærer for dem hvis de utvikler DMT2. Pasientene trenger også konkret kunnskap og hjelp til å utvikle selvinnsikt og forståelse for hva det innebærer å legge om livsstilen. Pasientene må selv få forståelse for hva situasjonen krever av dem for å integrere forandringene i sin livssituasjon (Kristoffersen, 2011c, s. 239). Ved at sykepleieren benytter veiledningsteknikker hjelper de pasientene med å reflektere, erkjenne sine egne følelser, identifisere fristelser, klargjøre sine egne grenser og lage en struktur i det å gjennomføre forandringene. Videre å gi støtte og oppmuntring underveis og ikke minst bidra til å styrke personens selvfølelse i prosessen (Kristoffersen, 2011c, s. 239).

## **4.2. Metodediskusjon**

I denne oppgaven er resultatet basert på originale forskningsartikler som omhandler sykepleiernes veiledningsfunksjon i arbeidet mot å forebygge DMT2 hos pasienter som er i risikozonen for å utvikle sykdommen. Under søkingen av artiklene dukket det opp en del utfordringer, der den største var å finne mange nok artikler som svarte til hensikten i oppgaven. I starten ble søkene avgrenset med alder hos deltagerne, men for å få flere treff ble denne avgrensningen tatt bort. Det er også blitt søkt i flere databaser som Proquest, Swemed, Sciencedirect og Pubmed, men det resulterte i at det ble funnet de samme artiklene som er med i oppgaven, som er funnet på Medline og Chinal. Dermed ble det valgt å bruke treffene fra disse databasene. Det er også blitt forsøkt med andre søkeord uten at det ga noen nye treff som svarte til hensikten. Når det gjelder utfordringene med søkingen, kan årsaken være mangelfull kunnskap i å utføre litteratursøk hos forfatterne av oppgaven.

I denne oppgaven ble det valgt å bruke en avgrensning på artiklene, der artiklene ikke skulle være eldre enn 2004 for å belyse hva som finnes av nyere forskning. I metoden er det brukt en beskrivelse av hva metode er fra Aubert 1985. Denne beskrivelsen brukes i nyere litteratur og dermed anses den som relevant å bruke. Resultatet er bygd på 12 vitenskapelige artikler, det ble funnet en del flere artikler under søket som omhandlet forebygging av DMT2, men disse svarte ikke til hensikten i oppgaven og ble dermed ekskludert. Svakheten ved denne oppgaven kan være funn av få artikler som svarer til hensikten, noe som kan ha begrenset vurderingen av kvaliteten på artiklene.

Forskningsartiklene er oversatt fra engelsk til norsk med ydmykhet, dermed kan feiltolkning og misforståelser ha forekommet under oversettelsen. Oppgaven er bygget på både kvalitative og kvantitative artikler, hovedsakelig kvantitative som viser resultater etter intervensjonsarbeid. Det kan være en fordel å bruke kvalitative og kvantitative artikler i kombinasjon, der kvalitative beskriver erfaringer som er blitt gjort, mens kvantitative gir målbare bevis på resultater etter intervensjon. En fordel for oppgaven kunne ha vært å benytte flere kvalitative artikler for å få frem flere av sykepleiernes erfaringer, men på grunn av få treff og studiens rammer var ikke dette mulig. Artiklene som er brukt i oppgaven er i fra andre land, dette kan være en svakhet da det er anvendt forskning fra land der organisering av helsevesenet og kulturer er annerledes enn Norge. Tross disse forskjellene kan forskningen være generaliserbare til Norge, da risikofaktorene for utviklingen av DMT2 er de samme og effekten av å drive forebyggende arbeid som har blitt utført i studiene kan være generaliserende til Norge. Det ble en utfordring under arbeidet med diskusjonen da det viste seg at en del av den relevante litteraturen som kunne brukes, henviste til de artiklene som allerede var med i resultatet. Det førte til at det måtte søkes etter ny litteratur for å kunne diskutere resultatet, men dette kan også verifiseres til at artiklene som er med i resultatet er pålitelige.

Under arbeidet med diskusjonen ble det brukt en artikkel som handler om pasienter med DMT2. Der studien belyser barrierer sykepleiere møter i livsstilsveiledning. Artikkelen ble brukt på grunnlag av at dette kan være overførbart hos sykepleiere som møter pasienter i en prediabetes fase. I artikkelen skrevet av Lakerveld et al. (2012), ble problem solving treatment (PST) oversatt til problemløsende behandling i denne oppgaven, kan det ha oppstått en feiltolkning av begrepet PST.

### **4.3. Refleksjoner**

Samfunnet står overfor flere utfordringer relatert til livsstilssykdommer som blant annet DMT2. Gjennom denne oppgaven er det blitt reflektert over hvor viktig veiledningsfunksjonen hos sykepleierne er, for å oppnå gode resultater i det forebyggende arbeidet. Med tanke på utviklingen i samfunnet og samhandlingsreformen, skal det fokuseres mer på forebygging av livsstilssykdommer og på pasienters egne ressurser. Kanskje bør det vektlegges mer på veiledningsfunksjonen en sykepleier bør ha, både under utdanning og praksis.

## 5. Konklusjon

Dette studiet viser at det er behov for økt fokus på veiledning hos sykepleierne i det forebyggende arbeidet hos pasienter som er i risiko for å utvikle DMT2. Gjennom denne oppgaven kommer det frem at MI kan være en god metode å bruke i veiledningen og at det kreves god opplæring over tid for å få en dypere forståelse av prinsippene i MI. Oppgaven belyser viktigheten ved å ha egenskaper i å kunne arbeide tverrfaglig, det kommer frem at gruppeveiledning sammen med individuell tverrfaglig tilnærming gir gode resultater som kan vedvare over tid.

Det finnes lite forskning som går på sykepleierens veiledningsfunksjon opp mot risikopasienter i å utvikle DMT2. På grunn av den store økningen av DMT2 bør det rettes større fokus på videre forskning når det gjelder sykepleiernes veiledningsrolle og funksjon i det forebyggende arbeidet. Oppgaven viser en del utfordringer sykepleierne står overfor i det forebyggende arbeidet i primærhelsetjenesten. Forslag til tiltak som kan gjøres ute i primærhelsetjenesten er å sette større fokus på sykepleierens rolle og ansvar, samtidig som primærhelsetjenesten legger til rette for at sykepleierne får muligheten til å videreutvikle sine veiledningsferdigheter og sin fagkunnskap rettet mot det forebyggende arbeidet.

## Litteratur

- Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. og Uutela, A. (2007) Type 2 Diabetes Prevention in the “Real World“. *Diabetes Care*. 30(10):2465-70.
- Allgot, B. (2011) Diabetes i et brukerperspektiv, i Graue, M. (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. 1.utg. Oslo: Akribe AS, s. 205-206.
- Aubert, V. (1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brataas, H. (red.) (2011) *Sykepleiepedagogisk praksis – pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brataas, H. og Furunes, K. A. (2011) Pasientforløp, samarbeid og samhandling, i Brataas, H. (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis – Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 229.
- Chatterjee, R., Narayan, V., Lipscomb, J. og Phillips, L. S. (2010) Screening Adults for Pre-Diabetes and Diabetes May Be Cost-Saving. *Diabetes Care*. 33(7):1484-90.
- Dallan, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*.5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. og Eide, T. (2011) *Kommunikasjoner i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm: Natur och kultur.
- Gagnong, C., Brown, C., Couture, C., Kamga-Ngande, C.N., Hivert, M.F., Baillargeon, J.P., Carpentier, A.C. og Langlois, M.F. (2011) A cost-effective moderate-intensity interdisciplinary weight-management programme for individuals with prediabetes. *Diabetes & Metabolism*. 37(5):410-8.
- Gilis-Januszewska, A., Szybinski, Z., Kissimova-Skarbek, K., Piwonska-Solska, B., Pach, D., Topor-Madry, R., Tuomilehto, J., Lindstöm 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):198-203.

- Greaves, C.J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S. Piber, J. Steele, A., Gale, T., Hammerton, F. og Daly, M. (2008) Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*. 58(553):535-40.
- Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer – Diabetes: Forebygging, diagnostikk og behandling*. IS-1674. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ivarsson, B. H. (2010) *MI – motiverende intervju*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- 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 and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 25(4):244-9.
- Jansink, R, Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. og Grol, R. (2010) Primary care nurses struggle with lifestyle counselling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*. 11:41.
- Kristoffersen, N. J. (2011a) Sykepleier i organisasjon og samfunn, i Skaug, E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 301-311.
- Kristoffersen, N. J. (2011c) Stress og mestring, i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 177.
- Kristoffersen, N. J. (2011c) Livsstil og endring av livsstil, i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 198-239.
- Kristoffersen, N. J. (2011c) Den myndige pasienten, i Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 353-398.
- Laatikainen, T., Dunbar, J.A., Chapman, A., Kilkinen, A. Vartiainen, E., Heistaro, S., Philpot, B., Absetz, P., Bunker, S., O'Neil, A., Reddy, P., Best, J.D. og Janus, E.D. (2007) Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health*. 7:249.
- Lakerveld, J., Bot, S., Chinapaw, M., van Tulder, M., Kingo, L. og Nijpels, G. (2012) Process Evaluation of a lifestyle intervention to Prevent Diabetes and Cardiovascular Diseases in Primary. *Health Promotion Practice*. 13(5):696-706.
- Lakerveld, J., Bot, S.D., Chinapaw, M.J., van Tulder, M.W., Kostense, P.J., Dekker, J.M. og Nijpels, G. (2013) Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*. 10:47.

- Liddy, C. E., Cullen-Arseneau, P., Merizzi, S. og Blazhko, V. (2013) "An Ounce of Prevention": A Primary Care Based Program for Pre-Diabetic Population. *Canadian Journal of Diabetes*. 37: 12-17.
- Lindahl, B., Nilsson, T. K., Borch-Johnsen, K., Røder, M. E., Söderberg, S., Widman, L., Johnson, O., Hallmans, G. og Jansson, J.H. (2009) A randomized lifestyle intervention with 5-year follow-up in subjects with impaired glucose tolerance: Pronounced short-term impact but long-term adherence problems. *Scandinavian Journal of Public Health*. 37(4):434-42.
- Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mosand, R. D. & Stubberud D.- G. (2011a) Sykepleie ved diabetes mellitus, i Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 509.
- Polit, D. F & Beck, C.T. (2012) *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sagen, J.V. (2011) Sykdomslære, i Graue, M. (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling*. Oslo: Akribe AS, s. 20-25.
- Salmela, S.M., Vähäsarja, K., Villberg, J., Vanhala, M., Saaristo, T., Lindström, J., Oksa, H., Korpi-Hyövälti, E., Niskanen, L. Keinänen-Kirukaanniemi, S. og Poskiparta, M. (2011) The reporting of previous lifestyle counselling by persons at high risk of Type 2 diabete. *Patient Education and counselling*. 87(2):178-85.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*.  
Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> (Hentet: 03. mars 2014).
- Söderlund, L. L., Nilsen, P. og Kristensson, M. (2008) Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*. 67:102-109.
- Tveiten, S. (2008a) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Tveiten, S. (2008b) *Veiledning – mer enn ord...* 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.



Vermunt, P.W.A., Milder, I.E.J., Wielaard, F., Baan, C.A, Schelfhout, J.D.M, Westert, G.P. og van Oers H.A.M. (2012) Implementation of a lifestyle intervention for type 2 prevention I Dutch primary care: opportunities for intervention delivery. *BMC Family Practice*. 13:79.

Whittemore, R., Melkus, G.D'E., Alexande, N., Zibel, S., Visone, E., Muench, U., Magenheimer, E. og Wilborne, S. (2009) Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 22(12):684-93.

Williams, R., Rapport, F., Elwyn, G., Lloyd, B., Rance, J. og Belcher, S. (2004) The prevention of type 2 diabetes: general practitioner and practice nurse opinions. *British Journal of General Practice*. 54(504):531-5.

## Vedlegg

Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift Tittel År Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvaliteten
Lakerveld, J., Bot, S:D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M.W., Kostense, P., Dekker, J. M., Nijpes, G.  (2013)  Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial  Nederland	Målet med denne studien var å undersøke effekten av en teoribasert livsstilsintervensjon på estimert risiko for å utvikle DMT2 og Cardiovascular disease (CVD) dødelighet til voksne med risiko. Sammenlignet med å gi kun skriftlig informasjon.	Kvantitativ	Deltakere: 622  I kontrollgr.: 308, antall kvinner 185 Gj.alder: 43,4 Bortfall: 55  Intervensjonsg r.: 314, antall kvinner 178 Gj.alder: 43,6 Bortfall: 65	Resultat i denne studien viste at etter 6 og 12 måneder, på livsstilsintervensjon var ikke mer effektiv enn tilbudet av helsetjenestebrosjyrer i å forbedre estimert risiko for DMT2 og CVD	Nivå 1 Etisk godkjent av Medical Etichs Committe of the VU University Medical Center in Amsterdam.  Denne studien viser at veiledning som var basert på MI og PST viste seg å ikke være mer effektiv enn helsebrosjyrer i å redusere risiko for DMT2 og CVD.
Vermunt, P.W.A., Milder, I.E.J., Wielaard, F, Baan, C.A, Schelfhout, J. D.M, Westert, G.P, Van Oers, H.A.M.  (2012)  Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery.  BMC Family Practice.	Studiens hensikt var å se på gjennomføringen av livstilsintervensjon for forebygging av diabetes mellitus type 2 i primærhelsetjenesten	Kvantitativ	Intervensjonsg ruppen: 479 Vanlig behandlingsgruppe: 446 Bortfall: Intervensjonsg ruppe-70 og i vanlig, behandlingsgruppe-59 Intervensjonsg ruppe- 39% menn, gjennomsnittsalder 58,4 år Vanlig behandlingsgruppe- 37% menn, gjennomsnittsalder 58,1 år.	Studien viser at livsstilsrådgivning i primærhelsetjenesten er en passende setting for diabetesforebyggende arbeid, resultatet viser at sykepleieren har en sentral rolle i veiledning om livsstilsendring.	Nivå 1 Etisk godkjent av The medical Ethical review Committee of the Catharina Hospital in Eindhoven  Resultatet støtter rollen en sykepleier har i det forebyggende arbeidet for DMT2 i primærhelsetjenesten, på denne måten er denne relevant i vår oppgave med tanke at den belyser

Nederland					sykepleierens veiledningsfunksjon.
Lakerveld, J, Bot, S, Chinapaw, M, van Tulder, M, Kingo, L, Nijpes, G.  (2012)  Process Evulation of a Lifestyle Intervention to Prevent Diabetes and Cardivaskulær Diseases in Primary Care.  Health Promotion Practice.  Nederland	Hensikten med denne studien var å beskrive evalueringen av livsstilsintervensjon for voksne som hadde risiko for diabetes og hjerte og karsykdommer i primærhelsetjenesten	Kvantitativ	Deltakere: 622 Bortfall: 132 58% kvinner. Intervensjonsgruppe: 314 Kontrollgruppe: 308	Denne studien viser at livsstilsintervensjon er gjennomførbart i primærhelsetjenesten ved bruk av MI og problemløsende tilnærming som en effektiv metode som sykepleierne kan bruke i livsstilsrådgivning.	Nivå 1  Etisk godkjent, The medical Ethics Committee of the VU Universty Medical Centre in Amsterdam.  Artikkelen er relevant da den belyser sykepleierens veiledningsfunksjon til pasienter som er i risiko for DMT2 i primærhelsetjenesten.
Gagnon, C, Brown, C, Couture, C, Kamga-Ngande, C.N, Hivert, M.F, Baillargeon, J.P, Carpentier, A.C, Langlois, M.F.  (2011)  A cost-effective moderate.intensity interdisciplinary Weigt-management programme for individuals wirh prediabetes  Diabetes & Metabolism  Canada	Sammenligne effektiviteten og kostnaden av to livstil-modifikasjonsprogram til individer med høy risiko for å utvikle DMT2.	Kvantitativ	Deltakere: 48 Bortfall 7 17 i gr. I 24 i gr. G	Resultatet viser at individuell livsstilsrådgivning og gruppeseminar er forbundet med betydelig vekttap og forbedringer i den metabolske profil av personer med prediabetes, mens gruppeseminar alene ikke er forbundet med vekttap.	Nivå 1  Etisk godkjent, The Chust and University of Sherbrook ethics review board of research on humans.  Dette er relevant der den viser at individuell tverrfaglig tilnærming er viktig i forhold til å forebygge DMT2, der sykepleierne deltar i et tverrfaglig samarbeid.
Salmela, S.M, Væhäsarja, K, Villberg, J, Vanhala, M, Saaristo, T,	Hensikten med denne studien er å vurdere de i høyrisiko for DMT2 om de var	Kvantitativ	Deltakere: 10149  Bortfall: 165	Resultatet viser at personer som tidligere har gjennomgått	Nivå 2  Tillatelse av innhenting av data ble gitt av

<p>Lindstrøm, J, Oksa, H, Korpi.Hyøvælti, E,K, Niskaen, L, Keinänen.Kiukaa nniemi,S, Poskiparta, M. (2011)</p> <p>The reporting of 25reviously lifestyle counseling by persons at high risk of type 2 diabetes.</p> <p>Patient Education and Counseling.</p> <p>Finland</p>	<p>mindre villige til å delta på livsstils intervensjon, der de tidligere hadde deltatt på en lignende livsstils intervensjon og om rapportering av forrige rådgivning skilte seg innenfor høyrisikogruppen og om det var noen sammenheng mellom livstil og tidligere livsstils intervensjon.</p>		<p>Gj.sn. alder: 54,4 år</p> <p>67% kvinner</p>	<p>rådgivning var villig til å gjennomgå en ny rådgivning. Personer som var mer utdannet eller som hadde dyslipidemi eller diabetes rapporterte mere fra forrige rådgivning. Et generelt sunn livsstil, eller visse helseatferd kan gjøre rapporteringen av forrige rådgivning mer sannsynlig.</p>	<p>The National Public Health Institute by the Ministry of Social Affairs and Health in Finland. Dataene ble hentet fra FIN-D2D Study Group, som har etisk godkjenning.</p> <p>Denne studien er relevant for den belyser betydningen av at veiledning bør være tilstrekkelig og av høy kvalitet og tilpasset den enkelte for at det diabetes forebyggende prosjekt skal være bærekraftig til å støtte en varig livsstilsendring prosess.</p>
<p>Gilis-Januszewska, A., Szybinski, Z., Kissimova-Skarbek, K., Piwonska-Solska, B.,...Hubalewska-Dydejczyk, A. (2011)</p> <p>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</p>	<p>Hensikten var å finne ut om diabetes forebygging via en livsstil intervensjonsprogram er gjennomførbart i en primærhelsetjeneste innstilling i Polen.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Deltakere: 175 78,3% kvinner</p>	<p>Resultatene av denne studien viser at DMT2 forebygging gjennom livsstilsintervensjon er gjennomførbart i primærhelsetjenesten i Polen og viser at risikoen for utvikling av DMT2 reduseres.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Etisk godkjent av Jagiellonian University Clinical Research Ethics Committee.</p> <p>Studien er aktuell for denne oppgaven, da den viser at sykepleiere som har fått kunnskap om emnet og opplæring kan vise seg å være en viktig faktor i det forebyggende</p>

intervention (DE-PLAN) project.					arbeidet mot DMT2.
Polen					
Whittermore, R, D' Eramo M, G, Alexander, N, Magenheimer, E, Wiborne, S.  (2009)  Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practitioners.  American Academy of Nurse Practitioners.  England	Formålet med denne studien var å beskrive implementeringsprosesses og deltakers tilfredshet med en livstilsprogram levert av sykepleiere i primærhelsetjenesten til voksne med risiko for DMT2, sammenlignet med standard behandling.	Kvalitativ	Deltakere: 7 sykepleiere fra fire områder i New England  Bortfall: 1  58 deltakere 28 i behandlingsgruppe 30 i kontrollgruppe Bortfall: 4	Resultatet viser at sykepleierne følte seg godt forberedt i å gi rådgivning i livsstilsendring. Deltaker fram møte var høy og økter ble gjennomført med god suksess. Deltakerne i livsstilsprogrammet var mer fornøyd med programmet.	Nivå 1  Etisk godkjent av Institutional Review Board.  Denne studien er relevant for oppgaven, da den belyser at sykepleiere har kompetanse både til å håndtere screening, behandling og oppfølging for forebygging av DMT2 og at det er gjennomførbart i primærhelsetjenesten og at det er akseptert av både sykepleiere og deltakere.
Greaves, C,J, Middlebrooke, A, O'Loughlin, L, Holland, S, Piper, J, Steele, A, Gale, T, Hammerton, F, Daly, M.  (2008)  Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomisert controlled trial  British Journal of General Practice  England	Hensikten med denne oppgaven var å se på om endringer i vekt og fysisk aktivitet kunne sammenlignes med den finske og amerikanske diabetesforebygging studiene, med forenkler utgave som er basert på motiverende intervju.	Kvantitativ	Deltakere: 141  Bortfall: 26  Intervensjonsgruppe: 72  Kontrollgruppe: 69  64% kvinner  Gj.sn. alder: 51,9 år	Flere av deltakerne i intervensjonsgruppen oppnådde vekttap.	Nivå 2  Etisk godkjent av North and East Devon Local Research Ethics Committee.  Denne studien er relevant for vår oppgave, da den belyser MI som et veiledningsverktøy og i det forebyggende arbeidet for å redusere DMT2
Laatikainen, T, Dunbar, J,	Hensikten med denne studien var	Kvantitativ	Deltakere: 331 Bortfall: 106	Resultatene viser at et	Nivå 1

<p>Chapman, A, Kilkkinen, A, Vartiainen, E, Heistaro, S,...Janus, D. E. (2007)</p> <p>Prevention type 2 Diabetes by intervention in an Australian primary health care setting: Greater green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project</p> <p>Australia</p>	<p>å vurdere muligheten av et strukturert gruppeprogram for livsstilsendring i den Australske primærhelsetjenesten.</p>		<p>Alder: 40-75 år 172 kvinner 65 menn</p>	<p>DMT2 forebyggende program ved hjelp av livsstilsintervensjon er gjennomførbart i primærhelsetjenesten der risikofaktorene for å utvikle DMT2 blir redusert.</p>	<p>Etisk godkjent av Flinders University Clinical Research Ethics Committee.</p> <p>Studien er relevant i vår oppgave for at det gir et overbevisende bevis for at et DMT2 forebyggende program ved hjelp av livsstilsintervensjon der sykepleiere deltar, reduserer risikofaktorene for utviklingen av DMT2.</p>
<p>Jallinoja, P, Absetz, P, Kuronen, R, Nissinen, A, Talja, M, Uuutela, A, Patja, K (2007)</p> <p>The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among care physicians and nurses</p> <p>Finland</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke hvilket syn leger og sykepleiere i primærhelsetjenesten hadde på rollen pasienten har og rollen profesjonelle har i behandling av livsrelaterte sykdommer</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Deltakere: 220 Leger: 59, av disse 28 kvinner Gj.alder: 46 år Sykepleier: 161, av disse 159 kvinner Gj.alder: 45 år</p>	<p>Resultatet viser at sykepleierne har den oppfattelsen av at mange pasienter møter en barriere i det å endre sine levevaner</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Etisk godkjent av Ethichs committee of the Finnish National Public Health Institute</p> <p>Denne studien er relevant på det grunnlag av at den belyser sykepleierens erfaringer i forhold til veiledning til pasienter</p>
<p>Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmaeki, V., Talja, M., Uutela, A. (2007)</p> <p>Type 2 Diabetes Prevention in the</p>	<p>Hensikten i denne studien var å vurdere livsstilimplementeringsprogram som er designet for primærhelsetjenesten, med å sammenligne resultatene fra DPS (The Finnish diabetes</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Deltakere: 361 270 kvinner Bortfall: 58, bortfall kvinner 44 Gj.alder kvinner 58, Menn 59</p>	<p>Denne studien viser at livsstilsrådgivning kan være effektiv og gjennomførbart for personer med økt risiko for DMT2</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Etisk godkjent av The Ethics Committee of Päijät-Häme Central Hospital.</p> <p>Den er sentral for denne oppgaven for den viser at</p>

<p>”Real World” Finland</p>	<p>prevention study)</p>				<p>sykepleiere sammen med andre profesjoner kan delta i et DMT2 forebyggende helsearbeid i primærhelsetjenesten og den viser at livsstilsimplementering s program kan være effektiv mot å forebygge DMT2</p>
<p>Williams, R, Rapport, F, Elwyn, G, Lloyd, B, Rance, J, Belcher, S  (2004)  The prevention of type 2 diabetes: general practitioners and practice nurse opinions  England</p>	<p>Hensikten var å utforske synspunktene til allmennleger og praksis sykepleiere om påvisning og forvaltning av mennesker i fare for å utvikle DMT2</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Deltakere: 21 fastleger og 22 sykepleiere fra 21 praksisplasser</p>	<p>Resultatet i denne studien viser at deltakerne mente at primærhelsetjenesten hadde stor nok arbeidsbelastning til behandling, hadde ikke ressurser til å ta vare på de som var i risikozonen – manglende ressurser. Bekymring for økende spesialisering, lav motivasjon hos pasienter til å endre sin livsstil. Forebyggingen ble ikke sett på som et ansvar alene i primærhelsetjenesten men at ansvaret var i stor grad for andre byråer i helsefremmende arbeid og utdanning.</p>	<p>Nivå 2  Etisk godkjent av Lechyd Morgannwg Health Local Research Ethics Committee.  Denne studien relevant for den beskriver sykepleiernes erfaringer, meninger og holdninger til det forebyggende arbeidet for DMT2 i primærhelsetjenesten.</p>

Tabell 3. Oversikt over subkategorier og kategorier

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultatet viser i intervensjonsgruppe noe økning i forhold til fysisk aktivitet og inntak av frukt.</li> <li>• Ved bruk av MI og problemløsende behandling i veiledning om livsstilsendring var det ikke noe mer effektivt enn helsebrosjyrer. (Lakerveld, J. 2013).</li> <li>• Sykepleierne følte de hadde manglende kunnskap i forhold til kostholdsveiledning, men nok kunnskap om veiledning og fysisk aktivitet.</li> <li>• Alle sykepleierne betraktet MI-kurs som nyttig eller svært nyttig og det var ønskelig av alle å være med på et slikt kurs hvis et slikt program skulle implementeres i primærhelsetjenesten.</li> <li>• Veiledning i forhold til ernæring var en utfordring for sykepleierne.</li> <li>• Sykepleierne betraktet mangel på tid, mangel på motivasjon for livsstilsendringer og manglende økonomisk refusjon som viktige utfordringer for gjennomføring av individuell livsstil rådgivning i primærhelsetjenesten.</li> <li>• Sykepleieren ble sett på som en viktig samarbeidspartner både organisatorisk og under konsultasjoner med pasient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne betraktet MI kurs som nyttig og at det kunne være en effektiv metode for å støtte deltagerens adferds prosess. Sykepleierne mente at kombinasjon av MI og problemløsende behandling er verdifull for å støtte livsstils adferds endring. Opplæring av personell kan føre til å forebygge DMT2.</li> <li>• Gruppebasert livsstilsrådgivning er en gjennomførbar metode. Gruppeseminar alene viser seg å ikke være like effektivt som å ha gruppeseminar sammen med individuell veiledning. Individuelt tilpasset rådgivning er mer effektivt.</li> <li>• Strukturert veiledning øker motivasjon. Tidligere rådgivning kan vekke interesse og motivasjon til å støtte endringsprosessen.</li> <li>• Varierende grad av ferdigheter i livsstilsrådgivning. Manglende kunnskap i forhold til kostholdsveiledning og nok kunnskap om veiledning og fysisk aktivitet. Sykepleiere fikk opplæring i motivasjonsteknikker og i diabetes forebygging, følte seg godt forberedt i å tilby livsstilforebygging til voksne i fare for DMT2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierens erfaringer ved bruk av ulike veiledningsmetoder</li> <li>• Sykepleierens erfaringer av utfordringer i veiledningsarbeidet</li> <li>• Sykepleierens erfaringer av intervensjonstiltak</li> <li>• Sykepleierens erfaringer av holdninger til livsstils forandringer</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nesten alle helsepersonell som deltok i studien mente at det burde være et gratis treningsprogram, som burde være en del av livsstils intervensjoner i det DMT2 forebyggende arbeid, der det blir tilbudt strukturert veiledning og dermed stimulerer til motivasjon (Vermunt,P .W.A et al. 2012).</li> <li>• Sykepleierne hadde både tillit og holdning til at Motiverende intervju (MI) og problemløsende behandling metoder var effektive metoder for å støtte deltakere i atferds prosessen.</li> <li>• Sykepleierne var komfortable i å gi MI og problemløsende behandling.</li> <li>• Sykepleierne mener at MI og problemløsende behandling er både egnet og en passende del i veiledningssesjoner og at kombinasjonen av MI og problemløsende behandling er verdifull for å støtte livsstils atferdsendring (Lakerveld,J, et al. 2012).</li> <li>• Gruppe seminar alene viste seg ikke å være like effektiv som å ha gruppeseminar og individuell veiledning sammen.</li> <li>• Sykepleierne hadde som funksjon i det tverrfaglige samarbeidet å identifisere barrierer for å komme med strategier for å overvinne barrierer hos pasientene.</li> <li>• Studiet viser viktigheten</li> </ul>	<p>Passende tilrettelagt opplæring er avgjørende for gode resultater.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på motivasjon for livsstilsendringer og manglende ressurser som viktige utfordringer for gjennomføring av individuell livsstilsrådgivning i primærhelsetjenesten Bekymret for at den vanlige sykepleieren måtte vike for spesialisering.</li> <li>• Sykepleierne hadde som funksjon i det tverrfaglige samarbeidet og identifisere barriere for å komme med strategier for å overvinne barrierer hos pasienter. Sykepleierne ble sett på som en viktig samarbeidspartner både organisatorisk og under konsultasjon med pasienten.</li> <li>• Intervensjonsgruppen viste en økning i inntak av frukt. Nesten alle bedret sine kliniske målbare verdier. Over halvparten økte sitt forbruk av frukt og grønnsaker og redusert inntak av fett i kosten. Forbedret sin fysiske aktivitet. Deltagerne lyktes i å oppnå fiber- og fettinntak reduksjon som hadde effekt i å redusere utviklingen av DMT2.</li> <li>• Ikke tid til å sette seg inn i pasientens livssituasjon. Gratis treningsprogram sammen med strukturert veiledning stimulerer til motivasjon som en del av det forebyggende arbeidet.</li> </ul>	
--	--	--

<p>av en individuell tverrfaglig tilnærming for å oppnå vekttap hos personer med prediabetes (Gagnon, C. et al. 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltakerne er villige til å gjennomgå en ny rådgivning, selv om de hadde hatt tidligere rådgivning. Tidligere rådgivning kan vekke interesse og ny motivasjon og at ekstra rådgivning kan være gunstig og støtte endringsprosessen.</li> <li>• Når rådgivningen passer individuelle behov, er det mer effektivt (Salmela, S.M. et al. 2011).</li> <li>• Nesten alle som deltok på studien, bedret sine kliniske måle verdier (vektreduksjon, BMI og livvidde reduksjon, kolesterol, blodtrykk-S og D, glukosereduksjon).</li> <li>• Halvparten økte sitt forbruk av frukt og grønnsaker, over halvparten av deltakerne hadde redusert inntak av fett i kosten.</li> <li>• Betydelige forbedringer i livsstils og fysiologiske faktorer, forbedringer i deltagernes fysiske aktivitet.</li> <li>• Sykepleierne har fått opplæring i diabetes forebygging og motivasjonsteknikker. ( Gilis-Januszewska, A. 2011).</li> <li>• Gjennom spørreskjema rapporterte sykepleierne at de følte seg godt forberedt i å tilby livsstilsrådgivning til</li> </ul>	<p>Allerede stor nok arbeidsbelastning, primærhelsetjenesten vil aldri ha nok ressurser til å screene og forebygge risiko pasienter. Mangel på ressurser og tid kan gjøre forebyggingen på DMT2 vanskelig å gjennomføre. Motivere pasienter vil bli et stort tidsforbruk.</p>	
--	---	--

<p>voksne i fare for DMT2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne rapporterte at livsstilsrådgivning ofte skjedde uformelt innenfor rammen av primærhelsetjenestens avtaler.</li> <li>• Sykepleierne rapporterte at den mest utfordrende delen av gjennomføringen av livstils programmet var med MI, det var en ny atferds kategori for alle.</li> <li>• Sykepleierne rapporterte problemer med å hjelpe deltakerne til å bygge motivasjon og til å endre og justere sin atferd med personlige verdier og mål (Whittermore, R et al. 2009).</li> <li>• Ved at personell får opplæring i bruken av MI kan bidra til å forebygge DMT2</li> <li>• MI ga resultater ved vektreduksjon men viste liten økning ved endring i fysisk aktivitet. (Greaves, C.J. et al. 2008).</li> <li>• Resultatene viser at kliniske resultater ble forbedret og det holdt seg gjennom studien.</li> <li>• Studien viser at passende tilrettelagt opplæring og støtte er avgjørende for gode resultat (Laatkainen, T. et al. 2007).</li> <li>• Flertallet av både leger og sykepleiere mente at pasientene måtte selv akseptere å ha ansvar for livsstilsrelaterte beslutninger.</li> <li>• Sykepleierne og legene uttalte at pasienter ofte har uvilje/barriere om</li> </ul>		
--	--	--

<p>livsstilsendringer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Et klart flertall av leger og sykepleierne mente at opplysningsarbeid, motivere og støtte pasientene i livsstilsendring er en del av sin oppgave.</li> <li>• Halvparten mente at de har nok ferdigheter i livsstilsrådgivning, halvparten av sykepleierne at de har for dårlig tid til å gå inn i pasientens livssituasjoner.</li> <li>• Sykepleiere med færre yrkeserfarings år rapporterte at de hadde nok kompetanse til livsstilsrådgivning. (Jallinoja, P. et al 2007).</li> <li>• Oppnådde gunstige utfall for flere kliniske risikofaktorer blant annet BMI og livvidde og det Diastoliske blodtrykk.</li> <li>• Deltakerne lyktes i å oppnå fiber- og fettinntak som hadde effekt på risiko for utvikling av DMT2, men ikke kroppsvekt.</li> <li>• Ca.66% av deltakerne nådde sitt fysiske aktivitetsmål.</li> <li>• Gruppebasert livsstilsrådgivning er en gjennomførbar metode for kunnskapsbasert forebygging. (Absetz, P. 2007).</li> <li>• Allerede stor nok arbeidsbelastning som det er.</li> <li>• Primærhelsetjenesten vil aldri ha nok ressurser til å screene og forebygge risikopasienter.</li> <li>• Primærhelsetjenesten ansås ikke som riktig instans for å drive</li> </ul>		
---	--	--

<p>forebyggende arbeid mot DMT2.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mangel på ressurser.</li><li>• De var bekymret for at den vanlige sykepleierollen måtte vike for spesialisering.</li><li>• Noen av sykepleierne mente at dette var en viktig gruppe som primærhelsetjenesten bør takle.</li><li>• Mangel på ressurser kan gjøre forebyggingen av DMT2 vanskelig å gjennomføre.</li><li>• Motivere pasienter vil sannsynligvis bli et stort tidsforbruk.</li><li>• Noen mente at det var pasientens eget ansvar og kanskje regjeringens ansvar.</li></ul> <p>( Williams, R. 2004).</p>		
--	--	--