



Repetisjon – en strategi for å opprettholde gode levevaner for personer med diabetes type 2

Repetition – A Strategy for Maintaining Healthy Living Habits for People with Type 2 Diabetes

Inger Elisabeth Bergum

Høgskolelektor, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde

inger.e.bergum@himolde.no

Elin Mordal

Høgskolelektor, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde

elin.mordal@himolde.no

Sammendrag

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i en oppbyggingsfase i etablering av Startkurs. Startkurs er gruppebasert opplæring for personer med diabetes type 2. Hensikten med denne studien er å belyse hvilken betydning kommunale Startkurs kan ha for påvirkning av levevanene hos personer med diabetes type 2. Studien har et kvalitativt design, basert på individuelle dybdeintervju med syv personer med diabetes type 2. En tematisk analyse viser to hovedfunn: 1) kunnskap som veiviser og 2) vaner og repetisjon for å mestre livet med diabetes. Studien tyder på at slike startkurs kan bidra til kunnskap og motivasjon til å endre levevanene og mestre livet med diabetes type 2, men dette er ikke tilstrekkelig til å opprettholde livsstilsendringer over tid. For at livsstilsendringene skal vare, er sosial støtte, repetisjon av tidligere kunnskap og ny kunnskap nødvendig.

Nøkkelord

Kronisk sykdom; kommunale pasientopplæringsprogram; selvledelse; kunnskap; mestring

Abstract

The Municipal Health Care Services has established local patient education programmes for the optimum treatment of people with type 2 diabetes, called the Start Course. The aim of this study was to gain an extended understanding of how patient education programmes influence the daily life of people with this disease. A qualitative design was made based on individual in-depth interviews of seven people living with type 2 diabetes. A thematic analysis showed two main themes: (1) knowledge as navigator; and (2) habits and repetition for managing life with diabetes. The study indicates that patient education programmes like the Start Course contribute to knowledge and motivation for coping and healthy living. In order to maintain the motivation and self-reliance required for healthy living, there was a need for social support, repetition of knowledge and new knowledge.

Keywords

Chronic disease; municipal patient education program; self-management; knowledge; coping

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Kunnskap er en viktig faktor for endring av levevaner.
- Opplæringsprogram kan gi teoretisk og praktisk forståelse av hvordan leve med diabetes type 2, og øke mestringsevnen hos personer med diabetes type 2.

Hva nytt tilfører denne studien?

- Startkurs kan bidra til kunnskap og motivere for endring i levevaner, men er ikke tilstrekkelig for at personer med diabetes type 2 skal opprettholde gode levevaner over tid.
- Repetisjon av kunnskap kan bidra til at personer med diabetes type 2 kan opprettholde motivasjon for livsstilsendringer over tid. Repetisjon kan ha ulike former og oppnås på ulike arenaer ut fra den enkeltes behov.
- Kommunehelsetjenesten bør tilby både gruppeveiledning og individuelt tilpasset oppfølging av livsstilsendringene for personer med diabetes type 2 etter gjennomført Startkurs.

Introduksjon

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom. Livsstilsendringer som riktig kosthold, økt fysisk aktivitet og vektreduksjon kan redusere risikofaktorene, sykdomsutviklingen og forebygge komplikasjoner (Elahi et al., 2018). Dette innebærer karbohydratredusert kost med vekt på fullkornsprodukt og fiber der mat med sukker må tilpasses den enkelte. Både styrketrening og utholdenhetstrening av en viss intensitet og varighet anbefales (Helsedirektoratet, 2019). Vektreduksjon ved overvekt, særlig rundt midjen, må sees i sammenheng med kost og fysisk aktivitet (Mæland, 2016).

I Norge har om lag 216 000 personer diabetes type 2. For 60 000 av dem som har fått diagnosen, er riktig kosthold og økt fysisk aktivitet tilstrekkelig behandling. Hos 156 000 er det i tillegg nødvendig med blodsukkersonkende legemidler (Folkehelseinstituttet, 2017). Målet er å unngå høyt blodsukker og dermed hindre utvikling av diabetiske komplikasjoner som nefropati, nevropati, retinopati og økt risiko for aterosklerose (Stene, Strøm & Gulseth, 2017; Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2017).

Å leve med diabetes type 2 krever mestring av nye oppgaver. Det kan innebære å lære å forstå symptomer, ivareta behandlingsopplegg og leve slik at risikoen for komplikasjoner blir minst mulig. Dette vil mange oppleve utfordrende og krevende (Mæland, 2016; Bjørnstad, Skisland & Høigaard, 2011; Foss & Knutsen, 2016). Helseopplysning er nødvendig, men ikke den eneste forutsetningen for at personer med diabetes type 2 skal endre livsstil og få større kontroll over egen helse. Helseopplysning må bli forstått, akseptert og oppfattes som så viktig at det gir motivasjon til livsstilsendring. Om helseopplysning bidrar til atferdsendring avhenger både av personens mottakelighet for informasjon, sammenhengen informasjonen skjer i, og hvilken form og metode som benyttes (Mæland, 2016).

Pasientundervisningen viser seg mer effektiv når den er individualisert og konkret tilpasset den enkeltes behov. Likevel har gruppebasert undervisning vist seg velegnet ved kronisk sykdom blant annet fordi deltakerne drar nytte av hverandres erfaringer (Mæland, 2016). Personer med diabetes type 2 som deltar i pasientopplæringsprogram, kan få økt kunnskap om livsstil og egenomsorg, og gruppebaserte kurs gir deltakerne bedre læring, økt kunnskap, erfaring og motivasjon ved at de identifiserer seg med andre kursdeltakere og lærer av hverandres erfaringer (Odgers-Jewell, Isenring, Thomas & Reidlinger, 2017). Gruppebaserte

egenmestringskurs bidrar også til at deltakere får mer nyansert og spesifikk kunnskap, samt øker sin praktiske forståelse av hvordan leve med diabetes type 2 (Herre, Graue, Kolltveit & Gjengedal, 2016; Rygg, Rise, Grønning & Steinsbekk, 2012; Azami et al., 2018; Aguiar et al., 2016). For personer med diabetes type 2 kan mestring og evne til å opprettholde gode vaner økes gjennom deltagelse i pasientopplæringsprogram. Gruppebaserte kurs, høg mestrings-evne, sosial støtte og veiledning er faktorer som har en klar sammenheng med personens egenomsorg og blodsukkerverdier (Gao et al., 2013; Rygg et al., 2012; Azami et al., 2018). Det er vist at personer med diabetes type 2 som gjennomfører mestringskurs, får kunnskap til å endre kostholdet, lærer hvordan de kan regulere blodsukkeret med fysisk aktivitet og at dette bidrar til opplevd forbedring og velvære (Rygg, Lohre & Hellzen, 2017). Sosial støtte fra et godt sosialt nettverk kan sammen med gode levevaner gi en viss beskyttelse mot de viktigste grunnene for tidlig død. Et sosialt nettverk som støtter, oppmuntrer og trøster kan derfor gi bedre prognose ved sykdom (Mæland, 2016).

Å holde fast på en endring over tid er ofte vanskeligere enn selve endringen. To av tre som forsøker å bryte et mønster, faller tilbake til tidligere vaner før det er gått tre måneder (Mæland, 2016). Selv med tett oppfølging etter livsstilsendringer er det knapt halvparten av deltakerne som viser remisjon av sin diabetessykdom etter ett år (Lean et al., 2018). Skal livsstilsendringene bli implementert, er det viktig at personen selv tar ansvar, skaffer seg ny kunnskap og kan danne seg nye vaner. Det å oppleve en effekt av livsstilsendringene, motta bekreftelse på en allerede sunn livsstil, støtte fra andre og frykt for komplikasjoner er faktorer som motiverer personer til å opprettholde endringene (Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk, 2013). Personen selv må ha en forventning om å lykkes og en tro på å mestre livsstilsendringene. Denne mestringsforventningen bør styrkes gjennom informasjon og gradvis omlegging av levevanene (Bandura, 1997, 2004; Mæland, 2016).

I Norge tilbys Startkurs som en del av lærings- og mestringsstjenester. Tilbudet har i hovedsak vært gitt i spesialisthelsetjenesten, men den kommunale helse- og omsorgstjenesten er nå i en oppbyggingsfase i etablering av Startkurs. Lærings- og mestringsstjenesten har gruppebaserte tilbud og tilrettelegger for at pasienter og pårørende tilegner seg kunnskap som kan bidra til mestring og bedre livskvalitet (Nasjonal kompetansetjeneste innen læring og mestring for helse, 2019). Startkurs omhandler ulike tema om diabetes, både informasjon om symptomer, komplikasjoner, legemiddelbehandling og livsstilsendringer i kosthold og fysisk aktivitet (Diabetesforbundet, 2018). Hensikten med denne studien var å belyse hvilken betydning kommunale Startkurs kan ha for påvirkning av levevanene hos personer med diabetes type 2.

Metode

Studien har et beskrivende eksplorativt design, og det er samlet inn kvalitative data. Kvalitativt intervju kan få frem intervjupersonenes egne erfaringer fra dagliglivet og beskrivelser fra deres livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). For å bygge bro mellom datamaterialet og funn ble tematisk analyse anvendt. Analysen hadde en essensiell tilnærming som satte søkelys på å gjengi en antatt virkelighet som er tydelig i materialet, og med en slik tilnærming kan motivasjon, erfaringer og meninger teoretiseres på en direkte måte (Braun & Clarke, 2006).

Det var gjennomført identiske Startkurs i to kommuner i løpet av ett år. Deltakerne møttes fysisk til kurskveldene – 3 kvelder à 3 timer. Startkurset hadde forelesinger med praktisk kostveiledning og tid til erfaringsutveksling. Tema som ble tatt opp, var motivasjon til mestring, livsstilsendring, blodsukkermåling, årsaker, symptom, behandling og komplikasjoner ved diabetes type 2, fysisk aktivitet, praktisk kostveiledning og mattips, stell av føtter

og hvordan leve med diabetes. Kurset tilsvarte Læring- og mestringssenteret (LMS) sitt kurs i helseforetaket, men supplert med forelesing om «motivasjon til endring/mestring». Kursholderne var en pedagog, en diabetessykepleier, en lege, en fysioterapeut, en ernæringsfysiolog, en fotterapeut og en brukerrepresentant.

Rekruttering og utvalg

Inklusjonskriteriene for å delta i studien var at informantene hadde diagnosen diabetes type 2, hadde deltatt på kommunalt Startkurs og var hjemmeboende. Eksklusjonskriteriene var personer med diabetes type 1 og personer med diabetes type 2 som bodde på institusjon. Deltakerne ble rekruttert av ledere for frisklivssentralen i de to kommunene. Lederne hadde ingen aktiv rolle i gjennomføringen av Startkursene. Totalt 17 personer hadde gjennomført kommunalt Startkurs i de to kommunene med henholdsvis 11 og 6 deltakere. Alle deltakerne oppfylte inklusjonskriteriene og ble forespurt om å delta. Forespørselen fikk de etter kursdeltagelse. De som arrangerte og gjennomførte kurs, visste ikke på kurstidspunktene at deltakerne senere ville bli forespurt om å delta i studien. Av 17 forespurte meldte det seg 9 deltakere. To trakk seg før intervju. Syv personer deltok i studien. Alle intervjuene ble gjennomført innenfor ett år etter gjennomført Startkurs. De syv deltakerne var fire kvinner og tre menn i alderen 49–75 år. De hadde på intervjutidspunktet hatt diagnosen diabetes type 2 i 1/2 til 20 år. To av dem hadde gjennomført Startkurs i spesialisthelsetjenesten tidligere.

Datainnsamling

De syv individuelle intervjuene ble gjennomført i lokalene til frisklivssentralen i en av kommunene. I forkant av intervjuene var det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som omfattet temaene kost, fysisk aktivitet og det å leve med diabetes type 2. Hovedspørsmålene var; Hvordan kan kurs gi økt mestring, motivasjon og selvfølelse? Har deltagelse på kurs påvirket graden av fysisk aktivitet? Har deltagelse på kurs ført til endret kost? Det ble under intervjuene stilt åpne spørsmål, og avhengig av intervjupersonens svar stilte vi oppfølgings-spørsmål. Intervjuene varte i 45–80 minutt, og det ble gjort lydopptak som ble transkribert av forskerne.

Analyse

Det ble gjennomført en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Først gjorde begge forskerne seg kjent med datamaterialet. Begge forskerne leste og re-leste alle transkripsjonene hver for seg og samlet utsagn med beslektede meningsinnhold i innledende koder. Deretter gikk begge forskerne gjennom datamaterialet og diskuterte seg frem til felles innledende koder. De innledende kodene ble sortert i seks temaer, og temaene som hadde noe til felles, ble slått sammen til to definerte tema. Se tabell 1 som eksempel på analyseprosessen frem til definert tema. Selv om studien har innsikt i kun syv av deltakerne på kommunalt Startkurs, så opplevde forskerne at materialet var mettet etter syv intervju. Forskerne hadde en forforståelse om at det er vanskelig å gjøre livsstilsendringer som varer. Denne forforståelsen var vi bevisst, og den la etter vår vurdering ingen føringer på verken intervjuguide, forskernes møte med deltakerne eller analyseprosessen.

Tabell 1 Eksempel på analyseprosessen fra utsagn til definert tema

Eksempel på sitat/utsagn	Innledende koder	Tema	Definert tema
«Men du må bestemme selv, og spise mer frukt»	Å mestre hverdagen	Å ta ansvar for sine levevaner	Vaner og repetisjon for å mestre livet med diabetes type 2
«En av de viktigste tingene er vanene, du må bygge inn vaner som er bra for deg, som får det til å fungere»			
«Vi hører ikke på signalene kroppen sender ...». «Når jeg begynte å spise annen mat, så ble det litt bedre for meg»	Å se sammenhenger mellom mat og symptom	Å ta ansvar for sine levevaner	
«Når jeg har «falt av», så får kurs meg i gang igjen, så skulle hatt repetert litt av og til ...»	Å holde på gode levevaner	Strategier – å lage seg gode vaner for å unngå symptom på høyt blodsukker	
«Du må like det (trening) for at du skal orke å holde ut i lengden».	Å like nye vaner		
«I noen sammenhenger må du lære deg noen triks for å fungere bra».			
«Det er noe med oppfrisking og motivasjon. Når man får et kurs, så blir man mer motivert og oppdatert om nye ting».	Å bli motivert	Repetisjon som kilde til motivasjon i endring av levevaner	

Etiske vurderinger

Prosjektet er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) [prosjektnummer 40835] og utført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (NESH, 2006). Det ble vektlagt å etablere gjensidig respekt og tillit mellom forskere og deltakere ved å gi nok tid i intervju-situasjonen og ved at de følte seg trygge på at anonymitet ble sikret. Det asymmetriske maktforholdet mellom forskerne og den som ble intervjuet, kunne forsterkes ved at vi var to forskere som deltok i intervju-situasjonen. Deltakerne fikk både skriftlig og muntlig informasjon om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst fra prosjektet. Deltakerne leverte skriftlig informert samtykkeerklæring. Kun transkribert materiale uten personlig identifiserbar informasjon er lagret.

Funn

Den tematiske analysen resulterte i to hovedfunn; 1) kunnskap som veiviser og 2) vaner og repetisjon for å mestre livet med diabetes type 2.

Kunnskap som veiviser

Kunnskap om sykdommen og behandling bidrog til at deltakerne gjorde valg som førte til endring i livsstilen. Deltakerne understreket betydningen av å holde ved like kunnskapen for å opprettholde livsstilsendringene. Her ble kurs, individuell oppfølging og støtte fra andre personer med diabetes type 2 beskrevet som viktige faktorer.

Kunnskap øker sykdomsforståelsen

Deltakerne erfarte at Startkurset ga dem kunnskap om sykdommen, symptomene, kosthold, fysisk aktivitet og medisiner som bidrog til at de endret livsstilen. En uttrykte det slik: «... legen mente jeg trengte å lære mer om hvordan jeg kunne bli i bedre form, og ikke få så mange problemer på grunn av høyt blodsukker. Det har jeg lært mye om nå ... hva jeg skal spise, hvor ofte, hva jeg skal gjøre, om å trene og mosjonere ...».

Symptomer som deltakerne ikke hadde forstått tidligere, som for eksempel å være sliten, forstod de nå kunne ha en sammenheng med sykdommen. Kunnskap bidrog til at de kunne tolke og gjenkjenne symptomene på høyt blodsukker og se det i sammenheng med kosten: *«når jeg spiser mye sukker, lukter det av urinen ... det har jeg ikke forstått før, men det forstår jeg nå»*.

Denne forståelsen ble beskrevet som å lære å lytte, tolke og forstå kroppens signaler. Kunnskap ble derfor veien til en så symptomfri hverdag som mulig der deltakerne opplevde velvære og at kroppen fungerte så godt som mulig både på kort og lang sikt.

Kunnskap endrer levevanene

Kunnskap om kosthold førte til at deltakerne ble mer oppmerksom på hva de spiste og gjorde endringer i kostholdet: *«... før tenkte jeg ikke over hvilken mat jeg spiste ... når jeg endret på maten ble jeg bedre og mer våken ... jeg har fått et helt annet forhold til sukker ...»*.

Tilstrekkelig fysisk aktivitet var en større utfordring for deltakerne enn endring i kosthold. Deltakerne forstod betydningen av fysisk aktivitet, men erfarte at det var vanskelig å innføre økt fysisk aktivitet som varte over tid. Flere likte hverdagsaktiviteter som hage- og skogsarbeid, men når dette ikke var mulig på grunn av sykdom eller årstid, var det vanskelig å starte nye aktiviteter. Vinterhalvåret var for mange en utfordring da de ikke klarte å erstatte den fysiske aktiviteten ute. Flere understreket også betydningen av variasjon og sosial støtte. En fortalte: *«Så liker jeg å gå tur. Det blir litt kjedelig i lengden. Det er greit med litt spinning innimellom, men det jeg kunne tenke meg, det er å trene sammen med andre»*. Fysisk aktivitet var påvirket av forhold både hos dem selv, i omgivelsene og i det sosiale nettverket.

Vaner og repetisjon for å mestre livet med diabetes type 2

Kunnskap om sykdommen, symptomer, kosthold og fysisk aktivitet bidrog til at deltakerne tok ansvar for egne levevaner og laget seg vaner som gjorde at de mestret livet med diabetes type 2 bedre. Repetisjon ga motivasjon til å opprettholde gode levevaner.

Ansvar og strategier for gode levevaner

Deltakerne ønsket å ta ansvar for egen helse. De viste innsikt i at diabetes type 2 er en sykdom de må leve med og at gode levevaner bidrar til å holde sykdommen under kontroll. For flere var det å unngå legemiddelbehandling, spesielt insulinbehandling, en motivasjonsfaktor som bidrog til livsstilsendringer. En sa det slik: *«For meg er det skummelt å begynne med medisiner, det føler jeg er unødvendig når jeg kan klare det med mat»*.

For flere deltakere handlet det om å endre kostholdet og lære seg å like ny mat. Når de forstod sammenhengen mellom kosthold og symptomer på høyt blodsukker, førte det til endring av kostholdet og de fikk bedre kontroll over sykdommen: *«... hvis du gir etter så øker sukkersuget Så da er det å gå tilbake til det strenge grunnkostholdet»*. Gode levevaner handlet også om å ta ansvar for tilstrekkelig fysisk aktivitet: *«jeg må jo bare bestemme meg da, ta på meg joggeskoene og gå»*. Å ta ansvar for egen helseatferd bidrog derfor til at deltakerne mestret bedre livet med diabetes type 2.

Vanene var viktig for deltakerne. De fortalte om å lære å like nye vaner, finne gode vaner som passet den enkelte og vaner som skulle vare lenge: *«En av de viktigste tingene du har, det er vanene. Du må bygge inn slike vaner som er bra for deg. Bevegelse må passe inn i det livet du har, de mulighetene du har og så må du like det for at du skal holde ut i lengden. Du må lære deg ting, og du må finne ting du kan lære deg å like»*.

Det handlet om å se og møte utfordringene med sykdommen både på kort og lang sikt. De laget seg rutiner og strategier for å møte utfordringene når det ble endring i de daglige

rutinene og mye sukkerholdig mat: «... jeg tar som regel ett kakestykke jeg da, mens de andre tar to!».

Utfordringer over lang tid var mer krevende og krevde andre mestringsstrategier. En beskrev dette slik: «Brødmat er en virkelig trigger for meg. Kunne jeg levd på salat og proteiner så hadde jeg hatt det bedre. Men det er krevende å lage det hele tiden». Flere av deltakerne fortalte at de med gode vaner og strategier unngikk symptomer på høyt blodsukker, og på den måten mestret de bedre livet med diabetes type 2.

Repetisjon for å opprettholde gode levevaner

Deltakerne uttrykte behov for både ny kunnskap og repetisjon av kunnskap for å opprettholde gode levevaner. En sa det slik: «Egentlig skulle alle med diabetes hatt et kurs. Ikke bare en gang. Jeg kunne godt tenkt meg å være med en gang til og repetert. En glemmer snart, og ikke så lett å ta imot all informasjonen heller».

For de deltakerne som hadde deltatt på kurs tidligere, ble Startkurset både en påminning og oppfrisking av tidligere kunnskap samt tilegnelse av ny kunnskap. Dette bidrog til både å gjenopprette og opprettholde gode levevaner: «Det er noe med oppfrisking og motivasjon. Når man får et kurs, så blir man mer motivert og oppdatert». Flere uttrykte ønske om regelmessige møter med andre personer med diabetes type 2 for å utveksle erfaringer og kunnskap: «Det hadde vært kjekt med en gruppe som kunne møtes en gang i måneden for å lage mat i lag». Deltakerne understreket også betydningen av individuell oppfølging etter Startkurs. Når deltakerne «falt av» gode levevaner, kunne både kurs, individuell oppfølging og jevnlig møter med andre personer med diabetes type 2 få deltakerne til å gjenopprette gode levevaner.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse hvilken betydning kommunale Startkurs kan ha for påvirkning av levevanene hos personer med diabetes type 2. Studien viser at deltakerne fikk kunnskap som førte til livsstilsendringer som bidrog til økt mestring av livet med diabetes type 2. Et fremtredende funn i studien er betydningen av repetisjon og ny kunnskap for å holde ved like livsstilsendringene.

Kunnskap om diabetes type 2 gir forventning om resultat og mestring

Deltakerne på Startkurs fikk kunnskap som førte til endring i levevanene. Dette var kunnskap om sykdommen, om motivasjon for livsstilsendring, om kosthold, fysisk aktivitet og hvordan de kunne unngå symptomer på høyt blodsukker og forebygge komplikasjoner. Ny kunnskap er en av faktorene som leder til livsstilsendring. Opplæring gir personer med diabetes type 2 mulighet for å lære mer om symptomer, motivasjon og selvledelse som kan gi kunnskap og ferdigheter i å mestre dagliglivet med diabetes type 2 (Stenberg, Haaland-Øverby, Fredriksen, Westermann & Kvisvik, 2016; Foss & Knutsen, 2016; Azami et al., 2018). Valg er basert på kunnskap, og vi tar valg og handler i samsvar med kognitive forestillinger (Bandura, 1986). Denne studien bekrefter at kunnskap bidrar til sykdomsinnsikt og bevisstgjøring i valg av levevaner. Deltakerne forventet at livsstilsendringene ville gi resultat i form av færre symptom og bedre helse. Slik resultatforventningen er bestemmende for både motivasjon og handling (Bandura, 1986). Et forventet resultat betyr også at personen må ha tiltro til seg selv. En slik mestringsforventning synes nødvendig for å lykkes i å gjennomføre endringene (Bandura, 2004, 1997). Forventning om bedre helse kan være en motivasjon i seg selv og kan bidra til at personer med diabetes type 2 kan gjennomføre endringer i levevaner. Helsepersonell kan styrke motivasjonen for selvledelse ved å øke forventningene til at per-

sonen selv skal kunne utføre nødvendige endringer i diabetesomsorgen sin. Slik selvforvaltningsmotivasjon som gir atferdsendring, blir blant annet styrket gjennom praktiske råd og informasjon fra helsepersonell (Ofstedal, Karlsen & Bru, 2010; Foss & Knutsen, 2016; Azami et al., 2018). Studien viser at praktisk kostveiledning og mattips fra ernæringsfysiolog kombinert med erfaringsutveksling ga deltakerne på Startkurs kunnskap som bidrog til bedre mestring av et godt kosthold. Dette er i tråd med Stenberg et al. (2016), som skriver at personer som deltar i pasientopplæringsprogrammer med sikte på å fremme selvforvaltning lærer av hverandres erfaringer og får en gjensidig læring. En kilde til økt mestringsforventning kan være å gjenkjenne andres erfaringer og på den måten være læringsmodeller for hverandre (Bandura, 1986, 1997). Det var motiverende for deltakerne å møtes for å utveksle erfaringer. Betydningen av å gjøre noe praktisk støttes av tidligere studie om interaktive læringsmetoder i mestringskurs der deltakerne ved å lære å tolke matvareetiketter og sette sammen sine egne måltid bidrog til endring i kostholdet (Rygg et al., 2017). Erfaringsutveksling om kosthold og matlaging ble spesielt fremhevet, men også gjensidig støtte ved fysisk aktivitet ble av deltakerne trukket frem som viktig. Å få støtte fra andre kan også styrke selvbestemmelsen gjennom refleksjon og målorientering, og på den måten kan deltakere overføre en ytre innflytelse til indre motivasjon (Karlsen, Rasmussen Bruun & Ofstedal, 2018). Flere av deltakerne ønsket å trene eller gå tur sammen med andre, slik at de kunne motivere hverandre til økt fysisk aktivitet gjennom sosial påvirkning.

Læring og repetisjon for å opprettholde gode levevaner

Startkurs ga deltakerne kunnskap om hvilke livsstilsendringer som er viktige for å unngå høyt blodsukker og forebygge komplikasjoner. Dette var uavhengig av hvor lenge deltakerne hadde hatt diagnosen diabetes type 2, og om de hadde deltatt på Startkurs tidligere i sykdomsforløpet. Pasienter har behov for konkrete råd tidlig i sykdomsforløpet, men informasjonen bør gjentas og utvides fordi de får nye erfaringer og møter nye utfordringer (Mæland, 2016). Studien tyder på at ett kurs ikke er tilstrekkelig for å opprettholde gode levevaner over tid. Selv om deltakerne opplevde bedre helse etter livsstilsendringene, så falt de ofte tilbake til tidligere livsstil. Skal komplikasjoner forebygges og sykdomsutviklingen reduseres, må risikofaktorene reduseres med livsstilsendringer som varer (Elahi et al., 2018). Et sentralt funn i studien er at deltakerne har behov for å repetere kunnskapen, både gjennom kurs, oppfølging av fagpersoner og i grupper der personer med diabetes type 2 kan utveksle erfaringer om kosthold og ha fysisk aktivitet sammen. Dette kan bidra til motivasjon for å holde livsstilsendringene ved like, og samsvarer med Gao et al. (2013) som skriver at både kunnskap, veiledning og sosial støtte er viktig for personens egenomsorg og blodsukkerverdier. Deltakerne fortalte om betydningen av sosial støtte. De ønsket å ha noen å lage mat eller gå tur sammen med, men sa også at de i liten eller ingen grad har knyttet varig sosialt nettverk med andre deltakere på Startkurs. At Startkurs arrangeres lokalt, bidrar ikke nødvendigvis til nettverksbygging blant deltakerne på Startkurs.

Repetisjon kan ha ulike former, men hensikten er å repetere eksisterende kunnskap eller få ny kunnskap som gir motivasjon til å opprettholde sunne levevaner. Deltagelse i pasientopplæringsprogram fremmer selvforvaltning for personer med kronisk sykdom ved at pasientopplæringsprogram både kan forsterke eksisterende kunnskap og være en nyttig påminning om de strategier som ble brukt tidligere. Dette kan styrke motivasjonen hos personer med diabetes type 2 ved å øke forventningene til selv å utføre nødvendig diabetesomsorg (Stenberg et al., 2016; Ofstedal et al., 2010; Foss & Knutsen, 2016; Azami et al., 2018). Deltakerne ønsket nye kurs etter gjennomført Startkurs, både som repetisjon og for oppdatering av ny kunnskap. De hadde en forventning om både å mestre livsstilsendringene

og et mål om å få bedre helse og forebygge komplikasjoner ved diabetes type 2. Deltakerenes mestringsforventning bidro til at de gjorde konkrete tiltak i levevanene sine. De hadde ulike strategier for å gjennomføre endringer i levevaner, som godt kosthold og økt fysisk aktivitet. Dette klarte de i kortere eller lengre perioder, men falt ofte tilbake til tidligere levevaner. Deltakerne var bevisste på denne utfordringen, og reflekterte over hva som fungerte bra og hva som måtte endres i levevanene. Når forventninger ikke ble innfridd og resultat uteble, orienterte de seg mot arenaer hvor de kunne få ny kunnskap eller repetisjon av eksisterende kunnskap. Gruppebaserte kurs, individuell veiledning eller møteplasser for personer med diabetes type 2 ble beskrevet som viktige læringsarenaer. Dette førte deltakerne til nye arenaer der nye forventninger om resultat og mestringsevne kan oppstå (Schunk & Zimmerman, 2008, vii; Zimmerman, 2008). Dette samsvarer med studien til Karlsen et al. (2018), som viser at deltakerne med diabetes type 2 opplevde nye muligheter i livet etter å ha gjennomført kurs, noe som igjen så ut til å ha en positiv innflytelse på deres motivasjon for mestring.

Studien tyder på at det kan variere hvor lang tid det kan gå mellom hver gang personer med diabetes type 2 har behov for repetisjon. Dette er individuelt og påvirkes av erfaringer og utfordringer samt hvilke mål personen har satt seg (Mæland, 2016; Zimmerman, 2008). Sett i lys av selvregulert læring (Zimmerman, 2008) og i tråd med Banduras (1986, 1997, 2004) beskrivelse av resultatforventning, mestringsforventning og mestringstro, viser studien at personer med diabetes type 2 kan justere sine handlinger og mobilisere innsats for å gjøre endringer i livsstilen. Slik kan de unngå høyt blodsukker og forebygge komplikasjoner. I dette inngår det å tilegne seg ferdigheter og kunnskap både tidlig i sykdomsforløpet og senere. Med mer vektlegging på repetisjon for personer med diabetes type 2 kan livsstilsendringene bedre holdes ved like. Dette bør være i samarbeid med den enkelte og være et tilbud både på individ- og gruppenivå som er tilrettelagt personens sykdomsforløp, sosiale nettverk og sosioøkonomiske forhold. Det er individuelt på hvilken arena den enkelte tilegner seg kunnskap og ferdigheter, og lærings- og mestringstilbud må derfor være både på gruppe- og individnivå (Helsedirektoratet, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Knutsen, Bossy & Foss, 2017). Dette er viktig og avgjørende for enkeltindividet som har sykdommen, men også viktig i et samfunnsperspektiv fordi sykdommen diabetes type 2 er en utfordring for helsevesenet (Foss & Knutsen, 2016; Elahi et al., 2018).

Metodiske refleksjoner

Datainnsamlingen ble gjennomført i en tidsavgrenset periode i løpet av første året med Startkurs i de to kommunene som ble inkludert. En studie gjennomført etter lengre tids drift av Startkurs i kommunene kunne gitt en mer nyansert kunnskap, og datainnsamling over tid kunne gitt et bedre datagrunnlag. Intervjuene ble gjennomført i lokalene til frisklivscentralen. Dette kunne bidra til å skape trygghet for deltakerne, men samtidig kunne det gi føringer på svarene forskerne fikk ved at deltakerne følte det var vanskelig å kritisere Startkurset. Forskerne erfarte likevel at deltakerne var åpne og ærlige i sine beskrivelser. Refleksivitet har vært en forutsetning gjennom hele forskningsprosessen. Gjennom presentasjonen av utvalgte sitater og eksempel på analyseprosessen gjøres forskningsprosessen mest mulig transparent, og leseren kan selv vurdere troverdigheten i studien. Studien har en relativ begrenset datainnsamling både i antall kommuner og antall deltakere. Funnene kan være egnet som et utgangspunkt for videre studier.

Det varierte hvor lenge deltakerne hadde hatt diagnosen diabetes type 2 og om de hadde deltatt på lignende kurs i spesialisthelsetjenesten tidligere. Dette kan ha påvirket hvilke erfaringer de delte, da Startkurs for noen var en arena for repetisjon.

Konklusjon

Studien tyder på at Startkurs bidrar til kunnskap til å endre levevanene for personer med diabetes type 2, men ikke er tilstrekkelig til å opprettholde endringer over tid. Etter endt Startkurs er det derfor av betydning å oppsøke ulike arenaer for repetisjon, ny kunnskap og sosial støtte.

Dette kan bety at det i kommunehelsetjenesten ikke er tatt nok hensyn til behovet for repetisjon og oppfølging for å vedlikeholde kunnskap, gi ny kunnskap og skape motivasjon for å holde ved like livsstilsendringene som er nødvendige for å kunne mestre livet med diabetes type 2. Det er behov for å se mer på hvordan oppfølging gjennomføres i kommunehelsetjenesten for personer med diabetes type 2 som har gjennomført kommunalt Startkurs. Et tilbud med gruppebaserte kurs, individuell veiledning, møteplasser for sosial støtte og erfaringsutveksling kan være arenaer for repetisjon og motivasjon. Repetisjon bør omhandle kunnskap om alle sider ved det å ha diabetes type 2, samt praktisk øving på kosthold og fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet var den livsstilsendringen deltakerne hadde størst utfordringer med å opprettholde over tid. Her er det behov for videre forskning.

Forfatterne ønsker å takke professor Sanne Angel ved Universitetet i Århus, Danmark og Høgskolen i Molde, Norge, for konstruktive innspill i skriveprosessen.

Søkt og tildelt samarbeidsmidler fra avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde.

Referanser

- Aguiar, E., Morgan, P., Collins, C., Plotnikoff, R., Young, M. & Callister, R. (2016). Efficacy of the Type 2 Diabetes Prevention Using LifeStyle Education Program RCT. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 353. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.08.020>
- Azami, G., Soh, K. L., Sazlina, S. G., Salmiah M. S., Aazami S., Mozafari M. & H. Taghinejad (2018). Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*. Volume 2018, Article ID 4930157. <https://doi.org/10.1155/2018/4930157>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (Prentice-Hall series in social learning theory). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bjørnstad, J. O., Skisland, A. V. & Høigaard, R. (2011). Helsecoaching: å skape varig endring. I Øverby, N., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (Red.), *Folkehelsearbeid*, (s. 244–256), Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Diabetesforbundet. (2018). Startkurs ved nyoppdaget diabetes. Hentet fra <https://www.diabetes.no/leksikon/s/startkurs/>
- Elahi, A. N., Almarghalani, F., Al-Ramadhan, H., Jalal, A. H., Alnafisah, H., Miyajan, A., Alharbi, N., Allogmani, O., Shahadah, D. & A. Al lahyani (2018). Prevention of diabetes type 2 by adjustment of lifestyle and diet. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5 (9), 3697–3702. <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20183435>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelse rapporten*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>

- Foss, C. & Knutsen, I. (2016). Ny politikk på diabetesfeltet? Nøkkelinformanters syn på dagens og morgendagens tilbud. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(2). <https://doi.org/10.7557/14.4050>
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y. & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice* 14, 66 (2013), <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-66>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
- Herre, A. J., Graue, M., Kolltveit, B.C.H. & Gjengedal, E. (2016). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition – a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (2), 382–390. <https://doi.org/10.1111/scs.12260>
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2017). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsen, B., Rasmussen Bruun, B. & Oftedal, B. (2018). New Possibilities in Life with Type 2 Diabetes: Experiences from Participating in a Guided Self-Determination Programme in General Practice. *Nursing Research and Practice*, Volume 2018, Article ID 6137628, 9 pages. <https://doi.org/10.1155/2018/6137628>
- Knutsen, I., Bossy, D. & Foss, C. (2017). Do group-based learning and coping courses fit everyone with diabetes mellitus type 2? *Sykepleien Forskning*, 12(E-60171), 1–12. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.60171](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60171)
- Kvale, S. & Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lean, M., Leslie, W., Barnes, A., Brosnahan, N., Thom, G., Mccombie, L., ... Taylor, R. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): An open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet*, 391(10120), 541–551. [https://doi.org/10.1016/S01406736\(17\)33102-1](https://doi.org/10.1016/S01406736(17)33102-1)
- Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2019). Læring og mestringstjenester i kommunene. Hentet fra <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-kommunene/>
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi-2006.pdf>
- Odgers-Jewell, K., Isenring, E., Thomas, R. & Reidlinger, D. (2017). Group participants' experiences of a patient-directed group-based education program for the management of type 2 diabetes mellitus. *PLoS One*, 12(5), E0177688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177688>
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>
- Rise, M., Pellerud, A., Rygg, L. & Steinsbekk, A. (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *PLoS One*, 8(5), E64009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009>
- Rygg, L. O., Lohre, A. & Hellzen, O. (2017). Lifestyle Changes in Diet and Physical Activities after Group Education for Type 2 Diabetes—The Active Ingredient in the Education. A Qualitative Study. *Open Journal of Nursing*, 7, 1181–1195. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.710086>

- Rygg, L. Ø., Rise, M. B., Grønning, K. & Steinsbekk, A. (2012). Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* 86 (1), 98–105.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.008>
- Schunk, D. H. & Zimmerman, B. J. (red.). (2008). *Motivation and self-regulated learning. Theory, research, and applications*. New York: Lawrence Erlbaum Associates Taylor & Francis Group.
- Stenberg, U., Haaland – Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F. & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling* 99(11), 1759–1771. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.027>
- Stene, L. C., Strøm, H. & Gulseth, H. L. (2017). Diabetes i Norge. I *Folkehelse rapporten 2017*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Zimmerman, B. J. (2008). Goal setting: A Key Proactive Source of Academic Self-Regulation. I D.H. Schunk & Zimmerman, B.J. (Red.), *Motivation and self-regulated learning. Theory, research, and applications*, (s. 267–296). New York: Lawrence Erlbaum Associates Taylor & Francis Group.