

# Šećerna bolest kao kronična bolest – potreba redefiniranja modela pružanja skrbi

MARKO BRKIĆ<sup>1</sup>, MIRJANA PIBERNIK – OKANOVIĆ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za medicinsku informatiku i biostatistiku

<sup>2</sup>Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac, KB Merkur

**Sažetak** Tradicionalnim modelom zdravstvene skrbi, prilagođenim liječenju akutnih bolesnih stanja, nije moguće optimalno zbrinuti osobe koje boluju od šećerne bolesti. Kako bi se poboljšala regulacije bolesti te unaprijedila kvaliteta života bolesnika i osobna kontrola nad zdravljem, potrebno je redefinirati odnos liječnik-bolesnik. Tradicionalni, liječniku usmjeren pristup, obilježen izradom plana liječenja za bolesnike i poticanjem njihova pristajanja uz preporuke, nastoji se zamijeniti bolesniku usmjerenim pristupom koji se oslanja na autonomiju, aktivno sudjelovanje, osnaženost bolesnika za donošenje informiranih odluka te suradnu skrb o šećernoj bolesti. Podaci istraživanja potvrđuju da implementacija modela osnaživanja bolesnika pozitivno doprinosi zdravstvenom samozbrinjavanju i zdravstvenim ishodima u bolesnika koji boluju od šećerne bolesti.

**Ključne riječi.** Šećerna bolest, bolesniku usmjerena skrb, osnaživanje bolesnika, edukacija bolesnika, samozbrinjavanje

## 1. Teret šećerne bolesti – nužnost promjene modela skrbi

Šećerna bolest ubraja se u jednu od najznačajnijih javnozdravstvenih problema suvremenog društva. Prema podacima Međunarodne dijabetičke federacije trenutno u svijetu 415 milijuna ljudi boluje od šećerne bolesti, a predviđanja su da će 2040. g. taj broj narasti na preko 640 milijuna<sup>1</sup>. Smrtnost od šećernoj bolesti pripisivih bolesti na visokom je četvrtom mjestu na ljestvici 10 vodećih uzroka smrti u Europi<sup>2</sup>. U Republici Hrvatskoj je šećerna bolest s 2,47% na sedmom mjestu uzroka smrti<sup>3</sup>, pri čemu treba uzeti u obzir da je riječ o podacima službene statistike gdje se određuje samo jedan osnovni uzrok smrti, pa je taj broj vjerojatno podcijenjen i bliži procjenama na razini Europe. Šećerna bolest je kao kronična nezarazna bolest ujedno velik izvor troška i opterećenja za zdravstvene sustave u svijetu. Prema ekonomskim analizama za Republiku Hrvatsku, troškovi dijabetesa u ukupnim troškovima HZZO-a su 11,49%, od čega na redovite kontrole zajedno s lijekovima za liječenje otpada 14,28% troškova, a na komplikacije čak 85,72%<sup>4</sup>, dok se rast ukupnih troškova očekuje i u budućnosti.

Dijabetes, zajedno s ostalim kroničnim bolestima, predstavlja prijetnju zdravstvenim sustavima iz ekonomske i zdravstvene perspektive. Prepoznavši navedeni problem, Svjetska zdravstvena organizacija je 2003. g. objavila dokument pod nazivom *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* u kojem se naglašava rast broja kroničnih bolesti u svijetu te se tvorcima nacionalnih zdravstvenih politika i ostalim povezanim dionicima daju smjernice za djelovanje u cilju smanjenja negativnih utjecaja kroničnih bolesti na zdravlje njihovih građana, zdravstvenih sustava i ekonomija<sup>5</sup>.

Kao put ka smanjenju troškova i povećanju razine zdravlja naglašava se prevencija i optimizacija pristupa u liječenju u skrbi osoba sa šećernom bolesti. Velika je važnost stavljena na potonje, jer je prepoznata neučinkovitost tradicionalnog akutnog modela zdravstvene skrbi, koji nije kadar ispuniti potrebe bolesnika koji boluju od neke kronične bolesti.

Zdravstvena skrb za kronične bolesti inherentno je drugačija od one za akutne bolesti, a zdravstveni sustavi ne uspijevaju držati korak i prilagoditi modalitet skrbi kontinuiranom rastu prevalencije kroničnih bolesti. Promjene u zdravstvenoj skrbi moraju ići u smjeru usvajanja koncepta skrbi koji je, osim akutnih, ujedno orijentiran i na dugotrajne zdravstvene probleme. Promjene su nerazdvojno povezane i uključuju one na najvišem nivou kroz kreiranje prikladne zdravstvene politike, potom promjene u organizaciji zdravstvene skrbi i konačno promjene na mikro razini koja podrazumijeva interakciju s bolesnicima, odnosno odnose liječnik-bolesnik. Šećerna bolest kompleksna je i zahtjevna kronična bolest koja je u liječenju i regulaciji najviše karakterizirana samozbrinjavanjem, pri čemu je u odnosu na liječnika mnogo više odgovornosti stavljeno na osobu koja boluje od šećerne bolesti jer konačno ona u velikoj mjeri i sudjeluje u liječenju. Podaci o posljedicama šećerne bolesti uključujući morbiditet i mortalitet pokazuju da se manje od 50% oboljelih pridržava osnovnih principa liječenja, dok tek jedna četvrtina osoba sa šećernom bolešću tipa 2 postiže dobru regulaciju bolesti. U prosjeku, bolesnici premalo znaju o bolesti, a samo malom broju bolesnika je pružena pomoć za svladavanje problema i preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravlje<sup>6,7</sup>. Iz tog prirodno proizlazi da su razumijevanje i poboljšavanje samozbrinjavanja kod bolesnika ključni za poboljšanje ishoda šećerne bolesti<sup>8</sup>. Ali ujedno, zbog kompleksnosti i ozbiljne prirode u liječenju šećerne bolesti i mnogostrukih odluka o samozbrinjavanju koje se pred bolesnike stavljaju, samozbrinjavanje je tipično i jedno od najtežih aspekata skrbi o šećernoj bolesti, i to ne samo za bolesnike već i za njihove liječnike.

## **2. Bolesniku usmjerena skrb – primjer šećerne bolesti**

Kako bi bolesnici oboljeli od šećerne bolesti imali pristup kvalitetnoj skrbi koja može dovesti do boljih zdravstvenih ishoda, ta skrb bi morala biti odgovarajuća i djelotvorna. Pritom je, da bi se ponudilo visokokvalitetnu skrb koja bolesnicima omogućava najveću razinu kvalitete života, potrebno razmotriti odnose između bolesnika i zdravstvenih usluga koje tu skrb pružaju. U slučaju šećerne bolesti potrebne su prilagodbe u razini znanja o toj bolesti i znatne prilagodbe životnog stila kako bi bolesnici usvojili i primijenili vještine koje omogućuju njihovo djelotvorno samozbrinjavanje na dugi rok.

Tradicionalne metode skrbi o šećernoj bolesti stavljaju odgovornost za zdravstvene ishode bolesnika na liječnika, gdje je pritom fokus na pridržavanju postavljenim ciljevima i planovima liječenja. Takav tradicionalni, liječniku usmjereni pristup karakterizira Parsonsov sociološki model paternalističkog pristupa, temeljen na pretpostavci da je isključivo liječnik stručnjak dok se od bolesnika samo traži da surađuje. Informacije koje liječnici tim pristupom dobivaju od bolesnika im omogućavaju samo da bolesnikovu bolest interpretiraju unutar zatvorenog biomedicinskog modela tumačenja<sup>9</sup>, ostavljajući bolesniku malo prostora za psihosocijalne aspekte, kroz izražavanje vlastitih ciljeva, prioriteta, kulturalnih faktora i uvjerenja vezanih za dijagnozu, proces liječenja i pridržavanje uputama, što posljedično može dovesti do lošijeg ishoda.

Pokušaji da se skrb o bolesnicima sa šećernom bolesti prisilno uklopi u tradicionalni medicinski model rezultirao je značajnom količinom frustracije za bolesnike i za zdravstvene timove, pogotovo u aspektu nepridržavanja postavljenim ciljevima liječenja i liječničkim uputama<sup>10</sup>.

Uzimajući u obzir kompleksnost šećerne bolesti kao stanja te reakciju na izazove liječenja šećerne bolesti, u što je uključeno i samozbrinjavanje, potreban je širi pristup.

Tako ciljevi skrbi o dugotrajnim zdravstvenim stanjima, kako navodi Grumbach<sup>11</sup>, ne bi trebali biti izlječenje već poboljšanje funkcionalnog statusa, minimiziranje potresnih simptoma, nošenje s psihosocijalnim stresorima bolesti i produljenje životne dobi kroz sekundarnu prevenciju jer je u slučaju kronične bolesti poput dijabetesa najvažnija skrb o cjelokupnoj individui.

S polazištem u principima bolesnikove autonomije, razvijena je nova paradigma koja bilježi pomak od paternalističkog pristupa prema modelima temeljenim na odnosima međusobne suradnje između liječnika i bolesnika<sup>12</sup>, prilagođenima trajnosti i intenzivnosti odnosa koju skrb nad šećernim bolesnicima uvjetuje. Bolesnici ovdje više nisu pasivni primatelji zdravstvene skrbi, već akteri koji imaju vlastitu aktivnu razinu kontrole nad svojim zdravljem i nad skrbi koja im se pruža.

U bolesniku usmjerenoj skrbi, zdravstveni djelatnici djeluju u suradnji s bolesnicima koji koriste zdravstvene usluge. Bolesniku usmjerena skrb pruža potporu bolesnicima da razviju znanja i pouzdanje koji su im potrebni da djelotvornije upravljaju vlastitim zdravljem i informirano o njemu odlučuju. Takav pristup skrbi treba biti temeljen na promicanju zdravlja, dijalogu, konsenzusu i partnerstvu, koordiniran i prilagođen potrebama pojedinaca, uključivati bolesnike u odlučivanje i razmatrati njihove ciljeve izvan striktnih okvira kliničkih ishoda<sup>13</sup>. Bolesniku usmjerena skrb istraživanjima dokazano pridonosi većem zadovoljstvu bolesnika i pridržavanju uputama liječenja, boljim ishodima liječenja i manjem korištenju zdravstvenih usluga<sup>14</sup>.

### **3. Model osnaživanja bolesnika – pristup edukaciji oboljelih od šećerne bolesti**

Iako sve prisutnija u zdravstvenom diskursu, ne postoji jedna široko prihvaćena definicija pojma „osnaživanje bolesnika“. Za potrebe ovog rada uzet ćemo najrecentnije definicije, kako se koriste u EU projektu u tijeku – EMPATHiE, kojem je tema osnaživanje bolesnika u upravljanju kroničnim bolestima:

„Osnaženi bolesnik je onaj koji ima kontrolu u upravljanju nad svojim stanjem u svakodnevnom životu. On poduzima akcije kako bi poboljšao kvalitetu svog života i usvojio potrebna znanja, vještine, stavove i samosvijest da prilagodi svoje ponašanje i da po potrebi radi u partnerstvu s drugima, kako bi ostvario optimalnu dobrobit<sup>12</sup>.“

„Intervencije osnaživanja imaju za cilj kapacitirati bolesnike da sudjeluju u odlukama povezanim s njihovim stanjem, do one mjere do koje to oni žele, kako bi postali „suupravljajući“ svojeg stanja u partnerstvu sa zdravstvenim profesionalcima, te da razviju samopouzdanje, samopoštovanje i vještine nošenja s psihičkim, emocionalnim i društvenim utjecajima bolesti na svakodnevni život<sup>12</sup>.“

Jedna od glavnih komponenti učinkovite skrbi za bolesnika u kontekstu šećerne bolesti je promicanje edukacije o bolesti kako bi se poboljšalo bolesnikovo samozbrinjavanje, što potom može smanjiti osobni i financijski teret koji šećerna bolest postavlja. Ipak, edukacija i znanje ne znače uvijek i pridržavanje naučenom i shodne promjene nabolje u ponašanju bolesnika. Iako kratkoročno može proizvesti statistički značajne pozitivne učinke u regulaciji šećerne bolesti<sup>15</sup>, edukacija u samozbrinjavanju izolirano nije dugoročna garancija boljih ishoda u regulaciji šećerne bolesti i smanjenju povezanih neželjenih akutnih i kroničnih ishoda.

Kao suprotnost didaktičkim edukacijskim intervencijama o samozbrinjavanju šećerne bolesti koje su bazirane na predavanjima interaktivne intervencije. Moguće namjene takvih intervencija su postavljanje ciljeva koje diktiraju liječnici, postavljanje ciljeva o kojima liječnik i bolesnik pregovaraju, situacijsko rješavanje problema te kognitivno restrukturiranje koje uključuje promjenu percepcije korisnu za samozbrinjavanje<sup>16</sup>.

Interaktivne intervencije koje uključuju kognitivno restrukturiranje imaju bolje učinke, jednako kao i one edukacijske intervencije koje se odvijaju uživo i koje nisu jednokratne već dugoročno uključuju već broj susreta<sup>17</sup>. Čimbenikom efikasnosti intervencije pokazuju se individualna obilježja bolesnika i zdravstvena vjerovanja, poglavito lokus kontrole zdravlja te vjerovanja o efikasnosti postupaka liječenja<sup>18</sup>.

Model osnaživanja zamišljen je kao filozofija skrbi koja nudi okvir u kojem se može dogoditi intervencija za samousmjerenu promjenu ponašanja kod bolesnika. U modelu osnaživanja naglašava se suradni pristup, sugerira se da je bolesnik u centru procesa promjene ponašanja; bolesnik mora implementirati samozbrinjavanje svoje šećerne bolesti i stoga treba biti afirmativan prema predloženim promjenama; bolesnik mora biti internalno motiviran za promjenu<sup>19</sup>. Zdravstveni djelatnici koji provode skrb nad šećernom bolesti bi trebali pokušati njegovati autonomiju bolesnika tako da podupiru njegove napore u promjeni svog ponašanja, informacije i intervencije za samozbrinjavanje bi trebale biti personalizirane i fleksibilne, uključive za bolesnikove dnevne potrebe i socijalni, psihološki i okolišni kontekst u kojem se bolesnik nalazi, nasuprot korištenju identičnog pristupa za svakog pojedinog bolesnika<sup>20,21</sup>. Konačno, jedna važna komponenta uspješnog osnaživanja bolesnika je omogućavanje bolesniku da uoči vezu između vlastitih napora i (pozitivnih ili negativnih) posljedica tih napora.

Rezultat osnaživanja bolesnika trebao bi biti u tome da bolesnik:

- Razumije svoje zdravstveno stanje i utjecaj stanja na njegovo tijelo.
- Osjeća se sposobnim sudjelovati u odlučivanju zajedno sa svojim liječnikom.
- Osjeća se sposobnim informirano odlučivati o liječenju.
- Razumije potreba da napravi nužne promjene u svom životnom stilu da bi upravljao svojim zdravstvenim stanjem.
- Sposoban je postavljati pitanja i efikasno komunicirati s liječnikom koji mu pruža skrb.
- Preuzima odgovornost za svoje zdravlje i aktivno traži skrb samo kad je to potrebno.
- Aktivno traži, evaluira i koristi informacije<sup>22</sup>.

Konačno, kod osnaživanja nije važno samo osnažiti bolesnike, već i podržati njihove obitelji i ostale neformalne skrbnike koji mogu imati veliki udjel u pružanju skrbi bolesnicima.

Kroz gore navedeno očito je kako se u edukaciji bolesnika model osnaživanja predstavlja kao radikalno drugačiji od tradicionalnog modela edukacije, u sebi uključujući razvoj prema bolesniku usmjerenoj skrbi, odnosno nužnu promjenu odnosa liječnik-bolesnik koje kronične bolesti poput dijabetesa bezuvjetno zahtijevaju. Razlike između tradicionalnog modela edukacije o šećernoj bolesti i modela osnaživanja prikazane su u Tablici 1 – Tradicionalni model i model osnaživanja.

<b>Model osnaživanja</b>	<b>Tradicionalni model</b>
1. Šećerna bolest je biopsihosocijalna bolest.	Šećerna bolest je fizička bolest.
2. Odnos liječnika i bolesnika demokratski je i temeljen na zajedničkom znanju.	Odnos liječnika i bolesnika autoritativan je i temeljen na stručnosti liječnika.
3. Probleme i potrebe za učenjem obično prepoznaje bolesnik.	Probleme i potrebe za učenjem obično prepoznaje liječnik.
4. Bolesnik je nositelj skrbi i rješavač problema, tj. liječnik djeluje kao izvor te pomaže bolesniku da definira ciljeve i razvije plan samozbrinjavanja.	Liječnik je nositelj skrbi i rješavač problema skrb, tj. liječnik je odgovoran za dijagnozu i ishod.
5. Cilj je omogućiti bolesniku da informirano odlučuje. Bihevioralne strategije se koriste kao pomoć bolesnicima da eksperimentiraju s promjenama ponašanja kako sami izaberu. Promjene ponašanja koje nisu usvojene vide se kao alati učenja i povratne informacije koje se mogu koristiti za razvoj budućih planova i ciljeva.	Cilj je promjena ponašanja. Bihevioralne strategije se koriste da se poveća pridržavanje s preporučenim liječenjem. Manjak pridržavanja se vidi kao neuspjeh bolesnika i liječnika.
6. Promjene ponašanje su internalno motivirane.	Promjene ponašanje su eksternalno motivirane.
7. Bolesnik i liječnik imaju moć.	Bolesnik nema moć, liječnik ima moć.

Tablica 1. Tradicionalni model i model osnaživanja<sup>23,24</sup>

#### 4. Zaključak

Šećernu bolest potrebno je promatrati u kontekstu kroničnih bolesti, čija sve veća prevalencija (uključujući onu šećerne bolesti) stavlja ogroman teret na zdravstveni sustav i zahtijeva daljnje napore u preoblikovanju modela zdravstvene skrbi prema bolesniku usmjerenoj skrbi i osnaživanju bolesnika. Osnaženi bolesnici raspolažu potrebnim znanjem, samoodgovornošću i podrškom koji im omogućavaju aktivan pristup liječenju i donošenje autonomnih odluka o zdravlju. Za needuciranost bolesnika koji boluju od šećerne bolesti razlozi mogu biti višestruki, počevši od premalo vremena i resursa koji su liječnicima i povezanim multidisciplinarnim timovima raspoloživi za edukaciju, ili pak uopće nedostatka svijesti o potrebi edukacije. S druge strane, tehnološki napreci koji omogućavaju bolesnicima veći pristup informacijama i znanju, te dosadašnje iskustvo i praksa liječnika i povezanih timova u provođenju programa za samozbrinjavanje bolesnika doprinose promjenama u sklopu kojih bolesnici i općenito građani stvaraju i opredmećuju nove ideje i redefiniraju svoje mjesto u sustavu zdravstvene i socijalne skrbi u novoj željenoj ulozi jednakih i aktivnih partnera. Takve efekte i dinamiku, koju rastuća prevalencija šećerne bolesti donosi, nužno je problematizirati na mikrorazini, kroz odnose liječnik-bolesnik. Ipak, ključno je pitanje kako će se zapadni zdravstveni sustavi, a time i onaj u Republici Hrvatskoj, uspjeti reorganizirati na način da omoguće dijalog, partnerstvo i suradnu skrb. Iako usvajanje bolesniku usmjerene skrbi u punom obujmu zahtijeva korjenite promjene načina pružanja zdravstvenih usluga i povezano je s brojnim provedbenim teškoćama, jedino jetakva skrb u mogućnosti pružiti odgovarajući odgovor na suvremene zdravstvene probleme. Određena razina bolesniku usmjerene skrbi i prakse osnaživanja bolesnika već postoji, općenito u zdravstvenim uslugama, a i konkretno u užem polju skrbi o šećernoj bolesti što bi morao postati dobar temelj i početak za daljnje pozitivne promjene u istom smjeru.

## 5. Reference

- <sup>1</sup> International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015. <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- <sup>2</sup> OECD. Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, 2014. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
- <sup>3</sup> Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015. <http://www.hzjz.hr/publikacije/statisticki-ljetopis/>
- <sup>4</sup> Šarić T, Poljičanin T, Benković V, Stevanović R. Trošak dijabetesa u Hrvatskoj. Novo Nordisk Hrvatska d.o.o., 2012.
- <sup>5</sup> WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report, 2002. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>
- <sup>6</sup> García-Pérez L-E, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D. Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Therapy*. 2013;4(2):175-194.
- <sup>7</sup> Kokić S, Prašek M, Pavlić Renar I, Rahelić D, Pavić E, Jandrić Balen M, Radman M, Duvnjak L, Jurišić-Eržen D, Božikov V, Matić T, Zjačić-Rotkvić V, Crnčević-Orlić Ž, Krnić M, Metelko Ž. Hrvatske smjernice za liječenje šećerne bolesti tipa 2. *Medix*. 2011; Studeni; 17: Suplement 2.
- <sup>8</sup> DAWN. 10 years: Lessons learned and the way forward. Novo Nordisk Denmark, 2012. [http://www.dawnstudy.com/content/dam/Dawnstudy/AFFILIATE/www-dawnstudy-com/Home/DAWNPROGRAMMES/Documents/7222\\_Book\\_DAWN.pdf](http://www.dawnstudy.com/content/dam/Dawnstudy/AFFILIATE/www-dawnstudy-com/Home/DAWNPROGRAMMES/Documents/7222_Book_DAWN.pdf)
- <sup>9</sup> Morgan M. The doctor-patient relationship. U: Scambler, G (ur.): *Sociology as Applied to Medicine*, 6th Edition. Edinburgh: Saunders/Elsevier, 2008. 55-71.
- <sup>10</sup> Anderson R, Pibernik-Okanović M. The patient empowerment approach to diabetes care. *Diabetologia Croatica*. 1999;28(3):101-111.
- <sup>11</sup> Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med*. 2003;1:4-7.
- <sup>12</sup> EMPATHiE. Empowering patients in the management of chronic diseases. Final summary report, 2014. [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/empathie\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/empathie_frep_en.pdf)
- <sup>13</sup> Katić M. Timski rad u obiteljskoj medicini u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti. U: Soldo, D (ur.): *Zbornik radova XIV. kongresa HDOD-HLZ: Sekundarna prevencija kardiovaskularnih bolesti; Timski rad i uloga medicinske sestre; Što je donio novi sustav ugovaranja PZZ-a; Slobodne teme*. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; Hrvatski liječnički zbor, 2014.
- <sup>14</sup> Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centred care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000; 49(9):796-804.
- <sup>15</sup> Norris SL, Engelgan MM, Venkat Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2001; 24: 561-87.
- <sup>16</sup> Elasy TA, Ellis SE, Brown A, Pichert JW. A taxonomy for diabetes educational interventions. *Patient Education and Counseling*. 2001;43(2):121-127.
- <sup>17</sup> Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Education and Counseling*. 2004;52(1):97-105.

- <sup>18</sup> Pibernik-Okanović M, Prašek M, Poljičanin-Filipović T, Pavlič-Renar I, Metelko Ž. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Education and Counseling*. 2004;52:193-199.
- <sup>19</sup> Anderson R, Funnell M, Butler P, Arnold M, Fitzgerald J, Feste C. Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18(18):943-949.
- <sup>20</sup> Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*. 2010;30(10):2433-2440.
- <sup>21</sup> Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 2008;34(Suppl 1):89-96.
- <sup>22</sup> The European Network on Patient Empowerment. Patient Empowerment – Living with Chronic Disease. A series of short discussion topics on different aspects of self management and patient empowerment for the 1st European conference on patient empowerment, 2012. <http://www.careum.ch/documents/20181/83220/Paper+Patient+Empowerment+Enope+Congress+2012/13764448-46d3-442e-ad13-5b6f9e1ef8ca?version=1.0>
- <sup>23</sup> Lloyd CE, Sinclair A. Diabetes and special groups. U: Barnard KD, Lloyd CE. (ur.): *Psychology and Diabetes Care: a Practical Guide*. London: Springer-Verlag, 2012. 103-135.
- <sup>24</sup> Feste CC. A practical look at patient empowerment. *Diabetes Care* 1992;15:922-925.