



” Hvordan kan sykepleier styrke etterlevelse og egenkontroll hos mennesker med diabetes type 2 ”

Tittel: Avsluttende eksamen i sykepleie

Tillater du at oppgaven din publiseres i Brage?

<http://www.diakonova.no/neted/services/file/?hash=559909d9d5e4c99f5f380290c547647f>

(Sett kryss)

<input checked="" type="checkbox"/>	JA, jeg tillater
<input type="checkbox"/>	NEI, jeg tillater ikke

Dato for innlevering: 11.03.2016

Kandidat nr: 121

Kull: 184

Antall ord: 8153

Veileder: Nina Olsvold

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.5 Oppgavens avgrensninger	3
1.6 Begrepsavklaringer	3
1.7 Kort presentasjon av oppgavens oppbygning og innhold	4
2. Metode	5
2.1 Metodebeskrivelse	5
2.2 Litteratur, søk og funn	5
2.3 Kildekritikk	7
3. Teori	9
3.1 Hva er diabetes mellitus type 2?	9
3.2 Diabetiske senkomplikasjoner	10
3.3 Å leve med diabetes	11
3.4 Sykepleiers rolle i behandling av diabetes	13
4. Drøfting	15
4.1 Betydning av motivasjon	15
4.2 Undervisning og veiledning, men hvordan?	17
4.3 Arbeidsverktøy og hjelpemidler	18
4.4 Kontinuitet	20
4.5 Rammefaktorer	21
5. Konklusjon	23
6. Litteraturliste	25

1. Innledning

Jeg vil i dette kapittelet beskrive bakgrunn for valg av tema, hensikt med oppgaven og sykepleiefaglig relevans. Videre begrunne de avgrensninger som er gjort, samt definerer aktuelle begrep som brukes i oppgaven. I tillegg vil jeg gi en kort presentasjon av oppgavens oppbygning og innhold.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Diabetesforbundet (2015) er antall nordmenn med diabetes mellitus type 2 firedoblet de siste 50 årene, med dette følger også økende forekomst av komplikasjoner relatert til diabetes type 2. Forskning viser at mange ikke når kravene for anbefalt blodsukkerregulering (Oftedal, Bru & Karlsen, 2011). Behandling av senskader innenfor spesialisthelsetjenesten antas å koste det Norske samfunn mellom 9 -10 mrd. årlig i følge politisk rådgiver i Diabetesforbundet. Det er sannsynlig å anta at disse kostnadene kan reduseres med fokus på mer forebyggende arbeid (Diabetesforbundet, 2012). Det er viktig å understreke at senkomplikasjonene relatert til diabetes ikke bare er negativt sett fra et samfunnsøkonomisk nivå, men også svært uheldig for det mennesket som rammes.

Det siste året har jeg arbeidet tredje hver helg ved medisinsk sengepost hvor det er innlagt mange pasienter med diabetes. Gjennom praksis på sykepleierstudiet samt arbeidserfaring har jeg erfart alvorlige komplikasjoner, og skader relatert til diabetes type 2 på grunn av dysregulert og vedvarende høyt langtidsblodsukker (HbA1c). Jeg antar at disse kunne vært forhindre i flere tilfeller. Dette støtter også faglitteraturen om diabetes som viser at komplikasjoner langt på vei kan unngås ved riktig behandling og omlegging av livsstil (Folkehelseinstituttet, 2015).

På bakgrunn av disse erfaringene har jeg flere ganger tenkt på akkurat dette spørsmålet ”Hvorfor er det slik at noen mennesker nærmest er ”likegyldige” til sin diabetes, og tilsynelatende trosser gjentatte anbefalinger og råd fra helsepersonell sin side?”. Dette har vekket stor interesse, og jeg ønsker å fordype meg i hvordan sykepleier kan gi profesjonell hjelp i møte med disse pasientene.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen har jeg formulert som følgende:

” Hvordan kan sykepleier styrke etterlevelse og egenkontroll hos mennesker med diabetes type 2 ”

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Gjennom praksis på sykepleierstudiet har jeg truffet diabetes i mange kontekster, men det var spesielt på sykehuset jeg kjente på den store interessen og nysgjerrigheten for hva sykepleier kan bistå i møte med denne pasientgruppen. Flere av pasientene var inn og ut av sykehuset og man gjenkjente ofte pasienter. Jeg følte til tider også fra helsepersonell sin side at disse pasientene ble sett ned på, og uheldige bemerkninger som ”nå er hun/han tilbake igjen” var gjentagende blant flere sykepleiere. Jeg anser temaet som viktig og dagsaktuelt når forekomsten av diabetes type 2 som tidligere nevnt er økende, og de uheldige konsekvenser dette medfører for enkeltindividet og samfunnet rent økonomisk (Diabetesforbundet, 2015). Jeg ser viktigheten av at sykepleier innehar tilstrekkelig og oppdatert kompetanse slik at man kan legge til rette for best mulig hjelp.

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på hvordan sykepleier kan styrke etterlevelse og egenkontroll hos pasienter med diabetes type 2, og på denne måten forebygge sendiabetiske komplikasjoner og fremme helse. Hensikten med oppgaven er å øke min kompetanse slik at jeg bedre kan imøtekomme denne pasientgruppa, og finne gode sykepleiehandlinger som viser seg å være nyttig. Jeg ønsker å gå i dybden på aktuelle intervensjoner som er blitt gjort, og eventuelt hva som viser seg å være hensiktsmessig, eller annet relevant som forskning og faglitteratur poengterer innenfor temaet. Sykepleiers behandlende, undervisende og veiledende rolle vil spille sentralt i oppgaven. I møte med pasientene ønsker jeg å vektlegge betydningen av motivasjon og mestring, samt ernæring, aktivitet og tilstrekkelig blodsukkerkurve da dette er sentrale elementer i hverdagen hos pasienter med diabetes type 2. I tillegg ser jeg det som nyttig å vise til motiverende intervju som et samtaleverktøy for sykepleier, og Empowerment da dette fremmer pasienten som en aktiv rolle.

1.5 Oppgavens avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å forholde meg til aldersgruppen 35-65 år uavhengig av kjønn. Fordi forekomsten av diabetes 2 øker betraktelig etter 40 år, men man ser en økning blant yngre ned mot 30 års alder slik at jeg velger å avgrense fra 35 år (Diabetesforbundet, 2015). Jeg velger i denne oppgaven å ikke ta utgangspunkt i ny diagnostiserte pasienter, men mennesker som allerede har diabetes 2. Møtet med pasienten skjer på sengepost slik jeg har truffet pasientene gjennom sykepleierstudiet. Jeg har valgt å fokusere på sykepleiernes funksjon med tanke på behandlende, undervisende og veiledende rolle i møte med pasientene, der livsstilsfaktorer som ernæring og aktivitet samt blodsukkerkurve blir vektlagt. Aspektet med medikamentell behandling blir ikke beskrevet, men jeg tar utgangspunkt i at pasientene har insulin eller medikamentkrevende diabetes slik at blodsukkerkurve er av stor betydning. Jeg vektlegger sykepleiehandlinger i form av tiltak som har hensikt med å styrke etterlevelse og egenkontroll. Jeg går ikke i dybden på de sendiabetiske komplikasjonene, men gir en kort presentasjon for å belyse hensikten med helsefremmende tiltak samt å forebygge. I oppgaven bruker jeg ordet pasient og diabetiker. Dette er ikke ment stigmatiserende da jeg vet det er mer hensiktsmessig å bruke navnet til et hvert individ i klinikken fordi det i dette begrepet inneholder passivitet, og det er tvert i mot en rolle man ønsker en diabetiker skal innta (Allgot, 2011).

1.6 Begrepsavklaringer

Etterlevelse: Forklares som evnen et hvert individ har til å ta forskrevet medisiner, eller i oppgavens sammenheng evnen til å følge behandlingsopplegg. Ved å forstå hvorfor pasienters etterlevelse er dårlig, kan behandling tilrettelegges på en annen måte og dermed redusere behandlingssvikt, noe som er vesentlig for type 2 diabetikere (Farmasøytisk institutt, 2011).

Egenkontroll: ”Individets omsorg for sin egen helse. Den omfatter den enkelte personens helsebevarende og sykdomsforebyggende tiltak og selvbehandling. Den omfatter også individets kunnskap om hvor, når og hvordan den profesjonelle helsetjenesten bør brukes” (Volven, udatert)

HbA1c: ”Blodprøve som gjenspeiler gjennomsnittlig blodsukkernivå de siste 8-12 uker ved å måle sukker bundet til hemoglobinmolekylet” (Carlsen, Graue & Haugstvedt, 2015).

Livskvalitet: Ordet kan defineres på ulike måter, men omhandler en subjektiv opplevelse av hva et godt liv inneholder og sammenfatter. Livskvalitet spiller en sentral rolle ved kronisk og livsbetinget sykdom som diabetes 2 (Rokne, 2011).

Motivasjon: Er en samlebetegnelse på faktorer som igangsetter og styrer atferden til mennesker. Omhandler hva som setter oss i gang, bestemmer innsats, hva slags mål man setter seg og hvilke valg som er av betydning (Store Norske Leksikon, 2013).

1.7 Kort presentasjon av oppgavens oppbygning og innhold

Oppgaven har fem hovedkapitler. Kapittel 1 har innledningsvis beskrevet bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Utdypet hensikt samt sykepleierrelevans, avklart eventuelle avgrensninger og definert aktuelle begrep som brukes i oppgaven. Kapittel 2 beskriver oppgavens metode, og hvordan jeg har kommet frem til anvendt litteratur og forskning. Kapittel 3 gir en gjennomgang av utvalgt teori. I kapittel 4 anvendes litteratur og forskning samt egne erfaringer for å drøfte opp i mot problemstilling. Avslutningsvis besvarer jeg problemstillingen ved å komme frem til en konklusjon ut ifra de funn jeg har gjort.

2. Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere hva en metode er, og hva som kjennetegner et litteraturstudie som metode. Videre skriver jeg noe om hvordan jeg har orientert meg innenfor tematikken med tanke på fag og forskningslitteratur. Så kommer en beskrivelse av søkeprosessen på hvordan jeg har kommet frem til anvendt fag og forskningslitteratur, hva slags type forskning jeg har valgt å anvende og hvorfor. Til slutt vil jeg skrive kort i forhold til kildekritikk ut ifra utvalgt forskning og faglitteratur.

2.1 Metodebeskrivelse

Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver metode som en fremgangsmåte til å innhente ny kunnskap, og et middel for å løse problemer hvor hensikten er å komme fram til ny kunnskap (Dalland, 2013). En metode forteller oss noe om hvordan man går frem for å anskaffe eller etterprøve tidligere kunnskap. Det er et redskap som hjelper oss til å samle inn data i form av informasjon i møte med det fenomenet eller problemet man ønsker å undersøke. Man skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder karakteriseres som ”tallere”, som sier noe om data i form av målbare enheter, tall. Mens de kvalitative karakteriseres som ”folkere”, og forteller oss noe om mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til en bedre tilnærming og forståelse av fenomenet man undersøker (Dalland, 2013).

”Det er etisk vanskelig å snakke med barn om problematiske forhold i oppveksten deres, fordi dette kan utsette dem for unødvendig overlast. Jeg velger derfor i stedet å foreta en litteraturstudie, der man bruker andres teori og forskning” Sitatet er forklart av en student i sosialt arbeid (Dalland, 2013, s. 121). Sett bort i fra at sitatet ikke tilhører tematikken i denne oppgaven syntes jeg dette gir en presis og god forklaring på hva et litteraturstudie som metode innebærer.

2.2 Litteratur, søk og funn

Blant faglitteratur jeg har anvendt i denne oppgaven er en del pensumlitteratur, men også noe har jeg søkt opp gjennom Oria og funnet på skolens bibliotek i samråd med bibliotekaren. Ut ifra dette anser jeg påliteligheten og troverdigheten av disse kildene som stor. Jeg har også vært oppmerksom med tanke på utgivelsesår, og bevisst valgt litteratur av nyere årgang. Det vil si i all hovedsak etter 2010, med unntak av en bok fra 2008. Nettsider jeg har anvendt er anbefalte og troverdige ut ifra temaet. Eksempelvis diabetesforbundet, helsedirektoratet,

folkehelseinstituttet og Norsk sykepleierforbund. Her har jeg også vært oppmerksom på publiseringsdato og det mest dagsaktuelle.

Jeg begynte søkeprosessen på Svemed+ der jeg først og fremst ønsket å finne frem til relevante MeSH ord for videre søk i større databaser som Medline. Der fant jeg søkeord som var relevant for min problemstilling. Patient participation, self administration, diabetes 2, diabetes complications, self management ble godkjent som self care, nursing care, life style og counseling.

Deretter søkte jeg på Medline da dette er den databasen jeg først og fremst foretrekker, og som anbefales av bibliotekar. Jeg begynte søket med patient participation, self administration og diabetes 2. Kombinerte patient participation med self administration ved hjelp av or. Videre dette resultatsøket i kombinasjon med diabetes mellitus 2 ved hjelp av and. Ved dette tidspunktet fikk jeg 234 resultater. Jeg avgrenset så til alderen 45-64 år, og artikler publisert etter 2010. Da endte jeg opp med 70 artikler, og prøvde å tilføre søkeordet diabetes complications for å begrense antall resultater. Det motsatte skjedde og jeg endte opp med et skyhøyt tall, og kombinerte derfor dette med diabetes 2. Fremdeles alt for høyt antall, slik at jeg kombinerte denne gang med den tidligere kombinasjonen mellom patient participation or self administration sammen med diabetes 2 og diabetes complications. Jeg fikk til slutt opp 17 artikler, noe som var et mer overkommelig tall. Jeg leste overskrifter, og der det var aktuelt sammendragene, og valgte en artikkel av Denig, Dun, Schuling, Haaijer & Voorham (2012). Artikkelen danner utgangspunktet for en senere forskningsbasert studie. Jeg valgte å ta med artikkelen fordi den belyser spennende elementer, og virket litt i retning av elektronisk fagutvikling innenfor temaet og derfor fanget stor interesse ved problemstillingen (Denig et al., 2012).

Jeg foretok en ny søkeprosess på Medline hvor jeg gjorde enkeltsøk med diabetes 2 der jeg avgrenset med nursing. Her fikk jeg 653 resultater. Videre med søk på life style og counseling hvor jeg fikk skyhøye antall resultater. Til slutt ble disse søkeordene kombinert med and og jeg endte ved dette tidspunkt opp med 3 resultater. Jeg valgte en kvalitativ studie gjort av Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn og Grol i Nederland (2010).

I databasen på sykepleien.no brukte jeg søkeord som diabetes 2 og avgrenset med forskningsartikkel. Fikk opp en kortversjon av en trolig relevant doktorgradsavhandling for

min oppgave. Jeg fant hele avhandlingen på Svemed+ ved å søke på etternavn av forfatter, dette er en kvalitativ tversnittstudie (Ofte dal et al., 2011). Jeg gjorde ytterligere søk i denne databasen med søkeordet diabetes 2 i kombinasjon med både egenkontroll og etterlevelse, men uten resultater. Jeg søkte videre med kun diabetes 2 og avgrenset med forskningsartikkel og fagfelle vurdert. Jeg fikk opp ”Bruk av kartleggings- og arbeidsverktøyet PAID i diabeteskonsultasjoner”, en kvantitativ studie (Carlsen et al., 2015). Leste sammendrag og fant relevans for min problemstilling. I tillegg kombinerte jeg søket diabetes 2 og sykepleier ved å avgrense med forskningsartikkel, der tittelen ”Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap” vekket interesse (Klette, Salomonsen, Evju, Svelstad, Kasen & Bondas, 2014). Selv om jeg fant ut at denne artikkelen er en fagartikkel, og ikke en forskningsbasert studie som jeg i utgangspunktet søkte etter valgte jeg å lese videre da artikkelen virket spennende og belyste aktuelle sider ved tematikken i oppgaven.

Gjennom bibliotekaren ble jeg kjent med Nordiske tidsskrifter innenfor helse- og sosialfag som er en ny og ukjent database for meg. Jeg valgte dermed å gjøre et enkelt søk i denne databasen, Idunn – Nordiske tidsskrifter under fagområdet helse- og sosialfag. Jeg begynte søkeprosessen med et ensformig søkeord diabetes 2, og fikk opp studien ”Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her” på første side, hvor jeg leste sammendraget og fant studien av stor interesse for min oppgave. Studien er av kvalitativ metode (Tjelta & Holsen, 2013).

Til sammen har jeg i denne oppgaven brukt fire forskningsbaserte studier og to fagbaserte artikler. De forskningsbaserte er studien av Jansink et al. (2010), studien av Ofte dal et al. (2011), studien av Carlsen et al. (2015) og studien av Tjelta og Holsen (2013). De fagbaserte artiklene er artikkelen av Denig et al. (2012) og artikkelen av Klette et al. (2014). Av de seks artiklene er tre engelskskrevende som er søkt opp på Medline og Svemed+. De tre resterende er søkt opp gjennom Sykepleien.no og Idunn – Nordiske tidsskrifter. Jeg har anvendt en forskningsbasert studie av kvantitativ metode, ellers er resten av kvalitativ metode.

2.3 Kildekritikk

I møte med data fra forskning og faglitteratur har man behov for informasjonskompetanse. Dette omhandler de evner man må ha for å vite hva slags informasjon man trenger samt kunnskap om hvordan man finner, evaluerer og anvender denne på en tilfredsstillende måte. Kildekritikk kan forklares som de metoder som anvendes for å fastslå kilders troverdighet.

Gjennom et litteraturstudie skal man vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til anvendt kildemateriale (Dalland & Trygstad, 2013). I hvilken grad er det tilknyttet feilkilder til materialet jeg har anvendt i denne oppgaven? Jeg har i denne oppgaven forsøkt å forholde meg kritisk til de kildematerialer jeg har anvendt, og brukt min basiskunnskap som jeg har opparbeidet gjennom studieårene. Når man leser er det ofte forfatteren refererer til noe annet gjennom teksten som fanger interessen vår. I de tilfeller bør man oppsøke primærkilde, men dette lar seg ikke alltid gjøre, slik at sekundærkilder må noen ganger også anvendes (Dalland, 2013). Jeg har i denne oppgaven fortrinnsvis brukt primærlitteratur, men et mer oppfattende litteraturgrunnlag både med faglitteratur og forskningsbaserte studier ville styrket oppgaven, men oppgavens omfang begrenser dette.

3. Teori

I det kommende kapittelet vil jeg gjøre rede for hva diabetes mellitus type 2 er, samt diabetiske senkomplikasjoner. Fordi grunnleggende kunnskap om dette er essensielt for å forstå viktigheten av etterlevelse og egenkontroll. Videre skriver jeg om sykepleiers rolle i behandling av diabetes. Hvordan det er å leve med en livsbetinget og kronisk sykdom som diabetes er. Her spiller sykepleiers yrkesetiske retningslinjer en viktig rolle. I tillegg viser jeg til motiverende intervju som samtaleverktøy, og betydningen av Empowerment i denne sammenhengen.

3.1 Hva er diabetes mellitus type 2?

”Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved kronisk hyperglykemi (for høy glukosekonsentrasjon i blodet), og forstyrrelser i karbohydrat-, fett- og proteinomsetningen” (Mosand & Stubberud, 2013, s. 508).

Type 2-diabetes karakteriseres ved å ha varierende grad av insulinresistens og til en viss grad insulinmangel. Årsaken til dette er redusert evne til rask utskillelse av insulin fra betacellene i pancreas, det som på fagspråket omtales som redusert insulinsekresjon. Insulinresistens i perifere vev og lever vil si at glukoseopptaket i muskler og fettvev generelt er nedsatt. Dette fordi insulinets virkning er for dårlig og behovet overskrider produksjonsevnen. Type 2 utvikler seg gradvis slik at sykdommen oftest oppdages sent i forløpet, ved symptomer på senkomplikasjoner eller ved ren tilfeldighet. Disponerende faktorer er livsstilsbetingende som overvekt, hypertensjon, dyslipidemi og arvelig betingethet. Tidligere ble diabetes type 2 regnet som en ”gammelmannssykdom”, men i dag betegnes den som en ”livsstilsykdom”. Grunnen til det er at den ses i sammenheng med befolkningens levemåte. I dagens samfunn der andelen av fedme kombinert med fysisk inaktivitet øker, samtidig som økt levealder og bedre diagnostikk er lett tilgjengelig er sykdommen mer fremtredende enn tidligere. Det er viktig å understreke at mennesker med diabetes type 2 utgjør størst andel av alle diabetespasienter (Mosand & Stubberud, 2013).

Type 2 diabetikere kontrolleres hovedsakelig hos fastlege, men ved dårlig regulert diabetes eller andre komplikasjoner er det ofte et delt ansvar mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Som hovedregel anbefales rutinekontroller hver 2. -6.måned med en grundigere årskontroll. Disse bør ikke bare rette seg mot det somatiske, men også rundt det

psykososiale som påvirker evnen til å gjennomføre den daglige egenkontrollen. Sykehusene har diabetesteam som sikrer kontinuerlig drift, og som er en del av et større tverrfaglig spekter. Teamene skal samarbeide med primærhelsetjenesten, fastlegen og eventuelt andre som er nyttige samarbeidspartnere. Lærings- og mestringssentrene skal være et supplement til den pasientopplæringen som skal pågå kontinuerlig på sykehus og i primærhelsetjenesten både individuelt og gruppebasert (Helsedirektoratet, 2009).

3.2 Diabetiske senkomplikasjoner

Mennesker som lever med dårlig regulert blodglukose over en lengre periode er utsatt for en rekke senkomplikasjoner. Man skiller mellom mikrovaskulære og makrovaskulære senkomplikasjoner ved diabetes uavhengig om det er type 1 eller 2 (Mosand & Stubberud, 2013).

De mikrovaskulære senkomplikasjonene rammer de minste blodkarene i kroppen og betegnes som retinopati, nefropati og nevropati. Nefropati rammer nyrer, retinopati øyne og nevropati perifere nerver. Generelt er sykdomsvarighet, metabolsk kontroll og hypertensjon de viktigste risikofaktorene for disse senkomplikasjonene (Sagen, 2011). Retinopati forklares som utvikling av forandringer på netthinnen som fører til synsforstyrrelser eller tap av syn. Nefropati oppstår ved dårlig blodglukoseregulering da de små blodkarene i nyrenes glomeruli påvirkes negativt ved å lekkte proteiner. Ved manglende behandling kan dette føre til nyresvikt, dialysetrengende behandling eller i ytterste konsekvens nyretransplantasjon. Nevropati er den vanligste blant senkomplikasjonene og har sammenheng med diabetiske fotsår og amputasjoner. Nervesykdom hos diabetikere oppstår på grunn av skade på de små blodårene, noe som resulterer i at evnen til å føle smerte, trykk, berøring, kulde eller varme blir borte (Mosand & Stubberud, 2013).

De makrovaskulære senkomplikasjonene rammer i motsetning større blodkar og har sammenheng med hjerte- og karsykdom. Kardiovaskulær sykdom er den vanligste årsaken til sykelig- og dødelighet hos diabetikere, og er mer fremtredende ved type 2 diabetes enn type 1. Røyking, arv, blodtrykk, lipider og albuminuri er de viktigste risikofaktorene for disse senkomplikasjonene. Mekanismene bak sammenhengen mellom diabetes og risiko for kardiovaskulær sykdom er fremdeles noe uklar, men insulinresistens fremmer trolig prosessen med aterosklerose (Sagen, 2011)

3.3 Å leve med diabetes

”Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som forder omsorg, egenomsorg, opprettelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt” (Rokne, 2011, s. 162).

Det er flere ting som kjennetegner det å leve med en kronisk og livsbetinget sykdom slik som diabetes mellitus 2. Diabetes påvirker nærmest alle aspekter av livet, og individet må overta en fysiologisk oppgave som egentlig er forbeholdt kroppen selv. Herunder stikke seg selv i fingeren x antall ganger samtidig som å sette injeksjon med insulin på seg selv. Naturligvis kan dette oppleves skremmende for mange. Diabetikere må foreta mange vanskelige og komplekse avveininger daglig for tilfredsstillende blodglukose (Karlsen, 2011). Det særegne ved diabetes i motsetning til andre kroniske sykdommer er at individets etterlevelse er helt avgjørende for videre utvikling av helsetilstand. Egenkontroll gjennom den daglige innsatsen der faktorer tilknyttet legemidler, blodsuktermåling, aktivitet og kosthold samspiller 24 timer i døgnet, 365 dager i året og resten av livet. Den enkelte må derfor følge blodsukkernivået regelmessig, og på denne måten forebygge senkomplikasjoner, unngå helseproblemer og tilstrebe livskvalitet (Allgot, 2011).

Hver og en har behov for innsikt i egen sykdom, men også et kontinuerlig oppfølgingstilbud om undervisning og veiledning fra helsevesenets side (Karlsen, 2011). Regulering og håndtering av diabetes utfordrer til endring av livsstil og levevaner. Vaner og uvaner en har tilegnet seg gjennom mange år har stor innflytelse på dagliglivet til hver og en av oss. Mennesker som har fått diabetes type 2 har mest sannsynlig fått det som følge av levemåten deres. De har derfor gjerne komplekse problemstillinger og helsemessige utfordringer som gjør det ekstra vanskelig å endre levevaner (Klette et al., 2014). Motivasjon er nøkkelen for å mestre de endringer som sykdommen krever. Å vedlikeholde en slik atferdstanke er svært utfordrende for å holde oppe motivasjon, mestre utfordringer og stå i mot fristelser. Det er verdt å nevne at det ikke er unormalt at mennesker med diabetes har problemer tilknyttet det psykiske og psykososiale, men grunnet oppgavens omfang velger jeg å ikke gå inn på aspektet rundt dette (Karlsen, 2011). Det er derfor enkelt å forestille seg at det å leve med diabetes er krevende, og stiller store krav til hvert enkelt individ med tanke på egenkontroll rent praktisk, men også fagkunnskaper om diabetes.

Gode kostholdsvaner er på lik linje som fysisk aktivitet og medikamenter en viktig del av behandlingen hos diabetikere. Kosthold og blodsukker samspiller med hverandre, og det er først og fremst karbohydratinnholdet som avgjør hvor mye blodsukkernivået øker etter matinntak. I tillegg innspiller individuelle faktorer som behandlingstype, grad av insulinresistens, magesekktømming og fysisk aktivitet inn. Det anbefales fra Helsedirektoratet samme kosthold hos diabetikere som den øvrige befolkningen. Herunder bør maksimalt 10 % av kosten bestå av karbohydrater. Man bør velge fiberrike matvarer da dette gir en langsommere blodsukkerstigning, magre proteinkilder og et daglig inntak av 500 gram frukt, grønt og bær. Tilstrebe umettete fettsyrer framfor mettet og transfett, da de umettete fettsyrene påvirker high-density lipoprotein (HDL) kolesterolet positivt og minsker risikoen for hjerte- og karsykdom. Ved insulinbehandling er det viktig å ha faste måltidsrytmer for å holde et jevnt blodsukker gjennom dagen. I tillegg bør man begrense inntak av alkohol og slutte å røyke. Egenerfaring av hvordan ulike matvarer påvirker blodsukkeret er viktig for hver og en diabetiker (Lundestad, 2014).

Fysisk aktivitet er en sentral del av behandlingen hos mennesker med diabetes, og særlig viktig ved type 2 da denne er assosiert med det metabolske syndrom. Regelmessig fysisk aktivitet kan ha god effekt på flere av risikofaktorene som angår det metabolske syndrom. Deriblant overvekt, hypertensjon og dyslipidemi, dette gir også bedre glykemisk kontroll. Det er også viktig å poengtere at ved overvekt er vektnedgang nødvendig da overvekt fremmer insulinresistens (Sagen, 2011). Helsedirektoratet sin anbefaling gjennom ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, diagnostikk, og behandling av diabetes” oppgir 30 minutter daglig aktivitet med moderat intensitet som et minimum (Helsedirektoratet, 2009).

Blodsuktermåling er noe alle diabetikere må foreta seg daglig, og ved insulinbehandling oftere. Det er et nødvendig redskap for å ha kontroll over blodsukkerverdi, og for å forstå sammenhengen mellom insulin, mat og aktivitet. Det er helt avgjørende at diabetikere lærer seg å måle blodsukkeret, og like viktig forstår hvordan man skal forholde seg og handle ut ifra verdiene (Måløy, 2011).

Empowerment er et sentralt begrep innenfor behandling av mennesker med kroniske sykdommer slik som diabetes. En prosess der pasienter oppdager og utvikler sine egne evner tilknyttet sykdom, og dermed bedrer etterlevelse og øker egenkontroll over egen helsetilstand. På denne måten står pasienten mer i sentrum og har mulighet til å ta egne valg, sette seg mål

og være mer ansvarlig for behandling. Gjennom Empowerment tilstrebes en myndiggjøring av pasienter. På en måte kan man si at Empowerment er det overordnede målet ved behandling av diabetes sett ved siden av det medisinske. Sykepleier spiller en aktiv veilederrolle i denne prosessen (Mosand & Stubberud, 2013).

3.4 Sykepleiers rolle i behandling av diabetes

Når helsepersonell blir spurt om hva det vanskeligste ved å behandle pasienter med diabetes, svarer mange at diabetikere ikke gjør som de blir bedt om (Diabetesforbundet, 2015).

Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder tar utgangspunkt i rammeplanen og peker blant annet på helsefremming og forebygging, undervisning og veiledning samt behandling. I forhold til helsefremming og forebygging omhandler det å hindre at komplikasjoner oppstår ved sykdom, og at nye helseproblemer oppstår hos mennesker med kroniske sykdommer. Undervisning og veiledning er funksjoner som går ut på å bidra til læring, utvikling og mestring i møte med pasienter. Den behandlende funksjonen retter seg mot sykepleierens kliniske funksjon i møte med pasienter (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Det moralske aspektet ved klinisk sykepleie omfatter de 4 prinsippers etikk. Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Nortvedt & Grønseth, 2013).

Sykepleier spiller en nøkkelrolle i behandling av diabetes fordi de har kontinuerlig kontakt med diabetespasienter når de er innlagt i sykehuset. En likevekt mellom pasientens erfaringsbaserte kunnskaper og den faglige kunnskapen sykepleier innehar er grunnleggende (Karlsen, 2011). Som pasient har man behov for å vite, forstå, mestre symptomer, behandling og konsekvenser av disse. Hver og en har derfor behov for kontinuerlig undervisning og veiledning for å ivareta egenomsorg. Gjennomføre opplæring, repetisjon og reopplæring av pasienter er en kontinuerlig læringsprosess hos pasienter der sykepleier spiller en viktig og aktiv rolle (Tveiten, 2008). Det overordnede målet for undervisning og veiledning er at pasienten sitter igjen med kunnskaper og gode ferdigheter slik at vedkommende mestrer sykdommen og opplever livskvalitet. Det å mestre vil si at pasienten er i stand til å omsette kunnskap i praktiske handlinger til riktig tid og i enhver situasjon i hverdagen (Nortvedt & Grønseth, 2013). Hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon er blant annet oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. For å sette dette i sammenheng kan det innebære at pasienter tilegner seg ny kunnskap, nye holdninger og ferdigheter tilknyttet egen

sykdom som gjør at vedkommende forholder seg på en ny måte, og dermed i større grad mestrer å leve med sykdommen (Tveiten, 2008).

Å vise empati er en viktig del av det å utøve god sykepleie. I det profesjonelle møtet mellom pasient og sykepleier må sykepleier bruke følelsene som en resurs for å forstå den andres situasjon, denne evnen omtales som empati (Sneltvedt, 2010). Sykepleier møter både faglige og etiske dilemmaer. De faglige dilemmaene handler om hva som faglig gir best eller mest riktig resultat i møte med et faglig problem, mens de etiske omhandler hva som føles rett og galt for pasienten selv. I praksis der sykepleier treffer pasient i konkrete situasjoner spiller etiske overveielser ofte inn på de faglige dilemmaene (Slettebø, 2010). Sykepleieres overordnede veiviser innenfor etikk er forankret i det Norske Sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Paragraf 2.1 understreker ”Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”. Paragraf 2.2 poengterer ”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten”. Paragraf 2.4 ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”. (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8). Og paragraf 1.1 ”Sykepleieren og profesjonen” som vektlegger at ”sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7).

Motiverende intervju er en samtaleteknikk som brukes for å hjelpe et individ til å gjøre en handlingsendring (Helsedirektoratet, 2015). Ordet motivasjon er knyttet til spørsmålet om hvorfor man skal, bør eller må gjøre endringer. Det kan være i forhold til å redusere negative konsekvenser av nåværende atferd, eller å forhindre negative konsekvenser i framtiden. Gjennom samtale kan sykepleier rette søkelyset mot underliggende faktorer som påvirker endring – hente fram og styrke pasientens motivasjon, mestring og evne til å ta beslutninger (Prescott, 2014). ”Folk blir vanligvis mer overbevist av argumenter de selv har funnet, enn av dem andre har funnet” (Prescott, 2014, s. 25). Når pasienter gir uttrykk for motivasjon, mestring eller beslutningstaking er det svært viktig at sykepleier svarer på en måte som gir endringsressursene større plass i samtalen, og holder oppmerksomheten ved det. Det er nemlig slik at ved å ”dvele” gjennom endringsnakk, og åpne for at pasienter får anledning til å utdype opplevelser, erfaringer og synspunkter aktiverer man for endring (Prescott, 2014

4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg besvare problemstillingen gjennom drøfting ved hjelp av utvalgt forskning, faglitteratur samt egne erfaringer og eventuelle synspunkter. Jeg har valgt å systematisere kapittelet ved å gruppere i underkapitler. Disse er 4.1 Betydning av motivasjon, 4.2 Undervisning og veiledning, men hvordan?, 4.3 Verktøy og hjelpemidler, 4.4 Kontinuitet og 4.5 Rammefaktorer. Dette for å gi en bedre sammenheng og oversikt over de ulike komponentene jeg har med gjennom drøftingen for å besvare problemstillingen.

” Hvordan kan sykepleier styrke etterlevelse og egenkontroll hos mennesker med diabetes type 2 ”

4.1 Betydning av motivasjon

Den store utfordringen innenfor behandling av diabetes er hvordan diabetikere oppnår tilfredsstillende glykemisk kontroll ut ifra medisinske anbefalinger. Prinsipielt innebærer dette egentlig bare å følge behandlingsopplegg og dagens anbefalinger, men i realiteten kan det synes som at dette ikke er like enkelt å gjennomføre. Det velkjente er først og fremst mangelen på motivasjon (Oftedal et al., 2011). Når helsepersonell blir spurt om hva utfordringen ved behandling av diabetes er, svarer flertallet at diabetikere ikke gjør som de blir bedt om (Diabetesforbundet, 2015). De erfaringene jeg har gjort stemmer godt overens med dette utsagnet.

En av nøklene for å oppnå et velregulert blodsukker er motivasjon. De som har fått diabetes type 2 har av stor sannsynlighet fått det som følge av levemåten deres. Da har de ofte komplekse problemstillinger og helsemessige utfordringer som gjør det ekstra vanskelig for sykepleier å motivere til endring (Klette et al., 2014). I studien av Oftedal et al. (2011) studerte de faktorer som mestringsforventning samt verdier som kan ha betydning for motivasjon på egenbehandling med fokus på ernæring og fysisk aktivitet. Dette kan bety at det er viktig for sykepleier å ta verdiene til pasienten i betraktning, for å bedre lykkes på veien med målet for diabetesbehandlingen. Det viser seg at majoriteten av deltagerne følger anbefalinger tilknyttet ernæring bedre enn fysisk aktivitet (Oftedal et al, 2011). Jeg stiller et stort spørsmåltegn ved akkurat dette, og synes det er av stor interesse å tolke videre.

Helsedirektoratets anbefalinger (2009) presiserer 30 minutter moderat fysisk aktivitet daglig. Det tar altså kun 30 minutter en gang daglig, i motsetning til ernæring der man inntar 3-5 måltider per dag. For meg virker dette lite logisk når planlegging og istandgjøring av aspektet

rundt ernæring virker mer tidkrevende, enn å bevege seg moderat i 30 minutter. Likevel er det slik, hva kan være grunnen til dette?

Jo et relevant poeng fremkommer videre. Pasienter opplever undervisning og veiledning tilknyttet ernæring som mer konkret, og dermed enklere å forholde seg til praktisk i hverdagen sammenlignet med hva de opplever med fysisk aktivitet (Ofte dal et al., 2011). Helsedirektoratet spesifiserer ikke intensjonen av aktivitet noe mer enn et minimum med 30 minutters moderat intensitet daglig. Mens ernæringen spesifiseres mye mer konkret og målbart med tanke på innhold i forhold til karbohydrater, fett, fiberrike kornprodukter, frukt, grønt osv. (Helsedirektoratet, 2009). I og for seg understreker dette noe viktig for sykepleier som kan videreutvikles i praksis. Kanskje bør fokuset på undervisningen av fysisk aktivitet omgjøres slik at det innebærer noe mer konkret som pasienter kan gjennomføre i det daglige. Dette er noe sykepleier må vektlegge bedre i undervisningen og veiledningen til pasientene. Kanskje kan praktisk undervisning også være av hensikt for en mer visuell læresituasjon. Det er enkelt å forstå at noe som er konkret og mer målbart er enklere å forholde seg til rent praktisk i hverdagen, og dermed gir en følelse av mestring som igjen er med på å øke motivasjon. Hvis sykepleier faktisk legger et godt grunnlag i undervisningen for hva disse 30 minuttene kan inneholde, er det mulig stor sannsynlighet for at flere pasienter faktisk gjennomfører tiltaket med fysisk aktivitet.

En sentral sykepleieoppgave innenfor diabetes er å fremme motivasjon hos pasienter. Et anerkjent og velfungerende verktøy er samtaleteknikken motiverende intervju. Gjennom motiverende intervju er hensikten å fremme handlingsendring hos pasienten (Prescott, 2014). Men for å motivere, trenger vi sykepleiere kunnskaper om hva som fremmer motivasjon hos den enkelte. I studien gjort av Ofte dal et al. (2011) understrekes det at essensen for motivasjon hos denne pasientgruppa er den indre motivasjonen. Det vil altså si at de pasientene som i utgangspunktet er mest motivert er de som opplever den indre motivasjonen, og ikke de som gjør det for den ytre motivasjonen i form av ”belønning”. Dette peker i retning av at kanskje vi sykepleiere ikke alltid fokuserer på hva motivasjon hos den enkelte betyr. Selv om diabetes innebærer mye felles hos pasientgruppen, er det helt essensielt at sykepleier ser hvert enkelt menneske bak sykdommen med ulike resurser og behov. Hvordan kan sykepleier hjelpe på denne veien? Erfaringsmessig har man stort utbytte av å anvende motiverende intervju. Ved å legge opp til samtaler basert på motiverende intervju gir det rom for at pasienten selv kan gi uttrykk for egne tanker og opplevelser. Dette gjør det enklere for

sykepleier å etterkomme den enkeltes behov, og videre tilpasse behandling i form undervisning og veiledning. Oftedal (2011) beviser i sin studie sammenheng mellom mestringsforventning og motivasjon. Jeg tenker det er viktig at sykepleier imøtekommer pasienten på hans eller hennes ståsted. Ved å ha tro på de resursene som pasienten allerede sitter inne med, og derfra stimulere til mestring gjennom motivasjon. Jeg tror dette er med på å øke motivasjonen til å bedre kostholdet og øke aktivitetsnivået. I stedet for å starte helt på nytt da pasienten kanskje vil oppleve en følelse av total mislykthet, og hvert fall ikke bli motivert.

4.2 Undervisning og veiledning, men hvordan?

Det overordnede målet for undervisning og veiledning er at pasienten sitter igjen med kunnskaper og ferdigheter slik at han/hun mestrer sykdommen i den forstand at vedkommende kan omsette kunnskap i praktiske handlinger, til riktig tid i enhver situasjon. Studien av Tjelto og Holsen (2013) har blant annet sett på faktorer som har betydning for mestring av diabetes 2. Først og fremst er grunnleggende kunnskaper både teoretisk og praktisk avgjørende for å mestre og leve godt med sykdommen, dette støtter også litteraturen (Karlsen, 2011). Sykepleierens oppgave med undervisning og veiledning er en av byggesteinene sett ut i fra at diabetesbehandlingen er grunnmuren. Paragraf 2.4 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere understreker at ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Dette kan knyttes opp mot sykepleierens undervisende og veiledende funksjon (Kristoffersen et al., 2013). Jeg har selv erfart at undervisning og veiledning er gitt, men pasienter oppgir det motsatte. Hvilken kvalitetssikring er dette?

I en studie fra Nederland gjort av Jansink et al. (2010) har de forsøkt å belyse barrierer som oppstår ved livsstilsendringer i sammenheng med diabetesbehandling. Disse blir beskrevet fra sykepleiers side slik at pasienters subjektivitet ikke er tatt i betraktning. Deler av dette er klart gjenkjennbart fra praksis, min erfaring er at det ikke hjelper å komme med pekefinger og bruke skremsel i form av ”du må ikke”.

I studien peker de på barrierer ut ifra tre nivåer. Disse er pasienten selv, sykepleiers rådgivende ferdigheter samt det organisatoriske der barrierer tilknyttet pasienten selv er mest fremtredende og utfordrende for sykepleier (Jansink et al., 2010). En barriere er noe som hindrer at et tiltak iverksettes, slik at disse er lite hensiktsmessig hos diabetikere som må

foreta daglig og livslang behandling. Sykepleier må bruke sin kompetanse til å imøtekomme og være bevisst barrierene. De funn denne studien belyser gjør om mulig at sykepleier blir mer bevisst barrierer som kjennetegner diabetesbehandlingen, som igjen gjør at man har bredere kunnskap og derfor i forkant bevisstgjør kommunikasjonsferdigheter som må anvendes gjennom samtale med pasient. Noe som trolig styrker evnen til å mobilisere motivasjon hos den enkelte. Ved å studere dette skjønner man viktigheten med at sykepleiere innehar tilstrekkelig kompetanse, og videreformidling av denne slik at pasienten øker sine kunnskaper. Ved å forsøke å bryte barrierene styrkes pasientens etterlevelse på den måten at det gir sykepleier bedre innsikt og forståelse. Av stor sannsynlighet kan barrierene brytes, men sykepleier må være bevisst slik at han/ hun kan fremme ved å forklare og begrunne, samt repetere. Jeg tenker dette hovedsakelig handler mye om å skape tillit mellom pasient og sykepleier. Alt i alt danner trolig dette grunnlaget for god relasjon og videre kommunikasjon mellom partene. Studien poengterer også at sykepleier ikke vil fremstå som dømmende, og er nølende med å gi råd om de føler forholdet blir satt i fare (Jansink et al., 2010). Som sykepleier gir man anbefalinger og frarådingen i beste hensikt for pasienten, men når dette blir avvist og konfrontert av pasienten oppleves det som vanskelig. I disse situasjoner møter sykepleier både faglige og etiske dilemmaer. På den ene siden det faglige dilemmaet, og på den andre siden det etiske dilemmaet. Altså hva som faglig på sett og vis gir best eller riktig resultat, samtidig som hva pasienten selv uttrykker som rett og galt (Slettebø, 2010).

4.3 Arbeidsverktøy og hjelpemidler

Jeg ønsker å trekke inn sykepleieforskning der bruk av ”Problem Areas In Diabetes scale” (PAID) er brukt for å undersøke effekten på glykemisk kontroll og egenomsorg, og på hvilken måte og i hvilken setting PAID er brukt i klinikken. Hjelpesverktøyet består av 20 påstander tilknyttet diabetesrelaterte problemområder der svarene rangeres fra å ikke være et problem til alvorlig problem. Forskningen poengterer negativ sammenheng mellom psykososiale problemer og glykemisk kontroll (Carlsen et al, 2015). Det virker sannsynlig å anta at den slags problemer er en barriere for å oppnå anbefalt blodsukkernivå da antagelig pasienter opplever manglende motivasjon, samtidig som andre negative faktorer innspiller i disse tilfeller. Det settes spørsmål ved helsepersonellens evner for å identifisere psykososiale problemer innenfor behandling av diabetes (Carlsen et al, 2015). For å vinkle dette inn mot klinisk praksis tenker jeg det er flere momenter som spiller inn. Særlig tidspress, men også hva slags rutiner som er etablert i klinikken. Jeg har ingen erfaring med den slags arbeidsverktøy slik som PAID, men antar derimot at dette ville vært hensiktsmessig også på

sengeposter ved sykehus. Da det kan synes som om PAID belyser betydningsfulle faktorer som kan legge et godt utgangspunkt for kvaliteten på den videre diabetesbehandlingen som blir gitt, og styrke relasjon mellom pasient og sykepleier. Kanskje bidrar også kartleggings- og arbeidsverktøy som dette til bedre systematikk på hvordan innhente viktige opplysninger på hvordan hver pasient opplever og tenker. Slik at sykepleier bedre ser hvor ”skoen trykker”, og ut ifra dette individualiserer diabetesbehandlingen på en bedre måte. Imidlertid mener jeg ikke at dette er et fasitsvar, men stiller derimot spørsmål om dette kan være et mulig tiltak for ”å bedre fange opp” verdifull informasjon. For at man skal kunne styrke pasienter til å følge den behandlingen som er satt, må man finne ut hvor problemet eller utfordringen ligger for å i det hele tatt kunne bistå pasient med hjelp.

I artikkelen av Denig et al. (2012) ønsker de å studere effekten av et beslutningshjelpemiddel for pasientorientert behandling for bedre å håndtere risikofaktorer hos pasienter med diabetes (PORTDA). Det skrives at man trenger å finne effektive forbindelser mellom pasient og helsearbeider som gir individuell informasjon om behandlingsavgjørelser samt resultater i hverdagen, der hensikten er å styrke pasientens delaktighet. Dette høres nytenkende og interessant ut, og jeg tolker den slags hjelpemidler som en del av det å styrke betydningen av Empowerment i praksis. En prosess der sykepleier behjelper individer i den retning av at de selv oppdager og utvikler evner tilknyttet egen sykdom og helse, og på denne måten bedrer etterlevelse og øker egenkontroll (Mosand & Stubberud, 2013). Resultatene ønskes som en del av utvikling og implementering av ulike elektroniske hjelpemidler ved kroniske sykdommer (Denig et al., 2012). Jeg finner dette svært interessant, og ser betydningen av den slags hjelpemidler i en hektisk hverdag både sett fra pasientens side, men også sykepleier. Denne studien er egentlig forbeholdt konsultasjoner med fastlege, men ut i fra de funn som poengteres ser jeg det som høyst anvendbart også på sykehus, og blant andre enn leger. I artikkelen av Klette et al. (2014) poengteres det også at nytenkning innenfor rollen som sykepleier er av mulig stor hensikt i helse-Norges fremtid. Kanskje sykepleier i noen tilfeller bør innta en ny rolle innenfor behandling av diabetes for å avlaste leger? I Nederland har de lykket med den slags prøve prosjekt, dette er også utbredt i England og USA (Klette et al., 2014). På sengetun der jeg arbeider har jeg erfaring med at vi bruker en utarbeidet sjekkliste for veiledning av pasienter med diabetes, men dette er kun ved nydiagnostiserte tilfeller. Min antagelse er at dette er noe som bør anvendes også ved senere anledninger som en type veiviser for hva sykepleier skal fokusere på hos hver og en pasient. Sjekklisten belyser for

pasient og sykepleier elementære sider av aspektet med diabetes, for eksempel egenkontroll. Kanskje er den for omfattende at man derfor fraviker å bruke den rutinemessig?

4.4 Kontinuitet

Kontinuitet og oppfølging er uten tvil positivt og svært hensiktsmessig for diabetespasienter (Helsedirektoratet, 2009). Dette støtter også forskning som viser at opplæring og oppfølging over tid kan bidra bedre til å endre levevaner (Tjelta & Holsen, 2013). Men hvordan møter vi dette behovet i dagens helse realitet? I studien har de undersøkt deltakernes opplevelser og erfaringer fra et spesielt tilrettelagt opplæringskurs. Betydningen av å møte andre i samme situasjon og utveksle erfaringer, både positive og negative innvirket svært positivt på mestring og læringskurve. Etterspørsel på mer praktisk undervisning ble oppgitt blant deltagerne (Tjelta & Holsen, 2013).

Gjennom denne studien antar jeg at sykepleier bedre imøtekommer pasienter ut i fra deres ståsted og behov, og dermed retter fokus på undervisning og veiledning ut i fra hva pasientgruppen etterspør som viktig. Her er motiverende intervju et godt hjelpemiddel. I studien viser funnene at gruppebasert opplæring er av stor interesse og hensikt for motivasjon blant diabetikere (Tjelta og Holsen, 2013). De erfaringer jeg har med den slags kurs gjennom erfaring på sengetun i sykehus er av sjeldenheter. En av oppgavene til sykepleier er å tilrettelegge for læring blant pasienter. Vil det være større rom for sykepleier på sengetun å tilrettelegge for gruppebaserte samtaler og det at pasienter kan utveksle erfaringer seg i mellom? Slik studien poengterer som læringsfremmende (Tjelta & Holsen, 2013).

Erfaringsmessig kan dette være utfordrende rent praktisk, men kanskje ikke helt umulig. Ofte er pasientene ”oppegående” i den forstand at de er selvhjulpne, slik at sykepleiers oppgave blir mer å tilrettelegge enn ”å gjøre for” og det å være til stede. Enerom vs. flermannsrom. Kanskje en fordel med flermannsrom er muligheten for samtaleveksling pasienter seg i mellom? Noe av det viktigste jeg anser i denne sammenhengen sett ut ifra dagens realitet på sengetun blir at sykepleier tilrettelegger og motiverer for videre opplæring i form av den slags kurs. Slik at tverrfaglig kommunikasjon eksempelvis med fastlege og diabetessykepleier er en viktig oppgave sykepleier på sengepost må prioritere. Det å legge til rette for en god overgang til primærhelsetjenesten, slik at pasienten har noe noen faste rammer å forholde seg til når han/hun kommer hjem, et slags ”nettverk”. Dette vil trolig styrke den forebyggende delen ved diabetes med å unngå sendiabetiske komplikasjoner, men også kanskje i større grad hindre reinnleggelser på sykehus. Jeg setter spørsmål vedrørende hvorfor slikt som dette, som viser

seg å være svært positivt ikke er mer anvendt? Er det mer tilgjengelig enn hva vi benytter oss av, eller er det grunnet manglende resurser kun fåtall som kan delta? Sykepleiers rolle på sengtun sett ut ifra denne sammenhengen blir i tillegg å opplyse pasienter om tilbudet og muligheten for å delta på den slags kurs. Dette er frivillig og derfor spiller man en viktig rolle som motivator for å overbevise pasienter i noen tilfeller. Sykepleier utgjør ikke nok til vedvarende endring på få dager i lag med pasienter på sengetun. Det er behov for tverrfaglig assistanse og videre oppfølging. Kurs som dette antar jeg er et bra supplement for de aller fleste diabetikere. Det poengteres også, hvis det skal være hensiktsmessig å oppstarte intervensjoner på livsstilsendring ved sykehus at det må følges opp i primærhelsetjenesten (Klette et al., 2014).

4.5 Rammefaktorer

Pasienter kommer inn på sykehus grunnet ulike problemstillinger tilknyttet sin diabetes, ofte samme problemstilling flere ganger. Man behandler problemet, men retter man søkelyset på den eller de faktorer som er underliggende for problemet? Sykepleiers funksjons- og ansvarsområder peker på helsefremming (Kristoffersen et al., 2011). For å belyse fra en annen side finner jeg det relevant å ta med sykepleiers synspunkter. Fordi vi forholder oss kontinuerlig til diabetespasienter når de er innlagt på sykehus, og dermed danner oss et bilde av hva som fungerer og ikke i visse tilfeller. I artikkelen av Klette et al. (2014) har de beskrevet og fortolket sykepleiers erfaringer med helsefremmende sykepleie til mennesker som må endre livsstil grunnet sykdom, eksempelvis diabetes. De setter spørsmål ved hvem som tar ansvar og hvordan dette organiseres, samt hvordan sykepleiers kompetanse benyttes for å ivareta den helsefremmende delen av sykepleien. Et viktig poeng som fremkommer er at organiseringen må ligge til rette for at sykepleiere skal yte helsefremmende arbeid i møte med pasienter (Klette et al., 2014). Her poengterer tittelen av artikkelen noe av det elementære jeg ser på i denne sammenhengen, nemlig tid. Mangelen på tid er et velkjent problem blant sykepleiere, og som erfaringsmessig ofte går ut over kvaliteten på den hjelpen du gir eller ønsker å gi pasienter. For eksempel det å gi tilstrekkelig undervisning og veiledning slik at pasienten faktisk er innforstått. Som en del av helsefremming tilhører begrepet Empowerment. Gjennom Empowerment tilstrebes en bemyndigjørelse av pasienter. På en måte kan man si at betydningen av Empowerment er det overordnede målet ved diabetes sett ved siden av det medisinske. Sykepleier spiller en aktiv veilederrolle i denne prosessen (Mosand & Stubberud, 2015). Helsedirektoratet (2009) skriver i sine Nasjonale retningslinjer at sykehusenes diabetesteam er en del av et større tverrfaglig tilbud, samt at LMS skal være et

supplement til pasientopplæringen som pågår kontinuerlig på sykehusene både individuelt og gruppebasert. Jeg undres over tverrfagligheten blant sykepleier på post, diabetesteam og primærhelsetjenesten. Samarbeid og kontinuitet på kryss og tvers av disse profesjoner bør i følge min erfaring styrkes. Sykepleier på sengetun møter pasienter i få dager og utgjør mest sannsynlig aldri nok til vedvarende endring hos disse pasientene. I den praktiske sykepleiehverdagen kan hjelpemidler med fokus på helsefremmende faktorer i form av skjemaer være til hjelp. Etterlysning av mer strukturerte skjemaer som kan implementeres i klinisk praksis for å effektivisere og systematisere arbeidet. Dette igjen krever resurser i form av tid og god sykepleiedekning, og kontinuitet sett ut ifra et organisatorisk perspektiv (Klette et al., 2014).

5. Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare ”Hvordan kan sykepleier styrke etterlevelse og egenkontroll hos mennesker med diabetes 2” ved hjelp av ”up to date” faglitteratur og forskning samt egne erfaringer og synspunkter.

Det finnes en ”oppskrift” i form av behandling på hvordan få blodglukose innenfor anbefalt referanseverdi, men en ren oppskrift på hvordan man får diabetikere til å følge denne behandlingsoppskriften er vanskeligere. Det finnes verken litteratur eller forskning som har en fasit med to streker under svaret på dette spørsmålet. Derimot finnes det mye på hva som viser seg å fungere på deler av aspektet rundt diabetesbehandling. Herunder er det aller viktigste eller nøkkelen for å åpne den første døren mot vellykket behandling, motivasjon. Sykepleier spiller en viktig rolle med å fremme motivasjon, og samtaleverktøyet motiverende intervju er en stor fordel i møte med diabetikere. Levevaner som er tilegnet gjennom livet er en svært komplisert og utfordrende oppgave å snu om på, dette er grunnleggende for sykepleier å vite om. Sykepleier bør fokusere på at tiltakene som igangsettes blir en glidende og naturlig overgang som en del av hverdagen, fremfor en brå overgang slik at det blir tiltak som gjøres uten at det blir en livsstil en holder ved.

Det fremkommer fagutviklingspotensiale tilknyttet undervisningsfokus som omhandler mer konkretisering innenfor ernæring og aktivitet, slik at det er enklere for diabetikere å forholde seg rent praktisk til endringene i hverdagen. Det viser seg hensiktsmessig å implementere strukturerte skjemaer i klinikken for å effektivisere, systematisere og individualisere arbeidet bedre, eksempelvis kartleggings- og arbeidsverktøy slik som PAID. Sykepleier alene på få dager i lag med pasienter innlagt på sengetun vil mest sannsynlig aldri være nok til vedvarende endring, det er behov for tverrfaglig assistanse og oppfølging i primærhelsetjenesten. Det organisatoriske må ligge til rette med veletablerte rutiner i klinikken som en forutsetning for at sykepleier skal utøve best mulig hjelp til diabetespasienten. Kontinuitet og oppfølging både på individnivå, men også gruppebasert er av stor betydning for pasientgruppa. Det poengteres teknologifremmende i form av elektroniske hjelpemidler som virker nytenkende og interessant innenfor temaet. Dette er noe som sannsynligvis vil styrke pasienten som en mer aktiv rolle. Slik som betydningen av Empowerment står sentralt i dagens behandling av kroniske sykdommer. Forhåpentligvis er dette noe vi kommer til å se mer av i fremtiden. Gjennom denne oppgaven antar jeg at sykepleier bedre imøtekommer pasienter ut i fra deres ståsted og behov, og dermed retter

fokus på undervisning og veiledning ut i fra hva pasientgruppen etterspør som viktig. Bevissthet ovenfor barrierer og utfordringer styrker mulig relasjon mellom pasient og sykepleier, noe som trolig kommer pasienten til gode.

6. Litteraturliste

Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling* (s. 208-209). Akribe

Carlsen, K., Graue, M. & Haugstvedt, A. (2015). Bruk av kartleggings- og arbeidsverktøyet PAID i diabeteskonsultasjoner. *Sykepleien* 2015 10 (3):228-237. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/bruk-av-kartleggings-og-arbeidsverktoyet-paid-i-diabeteskonsultasjoner>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Denig, P., Dun, M., Schuling, J., Haaijer-Ruskamp, F. M. & Voorham, J. (2012). The effect of a patient-oriented treatment decision aid for risk factor management in patients with diabetes (PORTDA-diab): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 201213:219 DOI: 10.1186/1745-6215-13-219

Diabetesforbundet. (2012). *Kostnader ved diabetes kan reduseres*. Hentet 3. februar 2016 fra http://www.diabetes.no/Kostnader+ved+diabetes+kan+reduseres.b7C_wlLQZp.ips

Diabetesforbundet. (2015). *Diabetes type 2*. Hentet 14. januar 2016 fra <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Farmasøytisk institutt. (2011). *Etterlevelse (adherence)*. Hentet 18. februar 2016 fra <http://www.mn.uio.no/farmasi/forskning/grupper/samfunnsfarmasi/forskningsomrader/etterlevelse/>

Folkehelseinstituttet. (2015). *Diabetes i Norge – folkehelse rapporten 2014*. Hentet 14. januar 2016 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110410:0:7243:1:::0:0

Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer. *Diabetes: Forebygging, diagnostikk & behandling*. Hentet 5. februar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Hva er motiverende intervju?* Hentet 28. januar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/hva-er-motiverende-intervju>

Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 2010 DOI: 10.1186/1471-2296-11-41

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen - nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-217). Akribe

Klette, G., Salomonsen, Evju, A., Svelstad, Kasen, A. & Bondas, T. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. *Sykepleien* 2014 102 (2):62-64
DOI:10.4220/sykepleiens.2014.0013

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen & F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (17-19). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lundestad, K. B. (2014). Diabetes og mat. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (s. 71-75). Oslo: Gyldendal Akademisk

Mosand, R. M. & Stubberud, D-G. (2013). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås & D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Kliniske sykepleie 1* (s. 508-509). Oslo: Gyldendal akademisk.

Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling* (s. 102-104). Akribe

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 27. januar 2016 fra

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås & D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 18). Oslo: Gyldendal Akademisk

Oftedal, B., Bru, E. & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol 25, issue 4, pages 735-744, December 2011

DOI:10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x

Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabetes håndboken* (s. 23-25). Oslo: Gyldendal Akademisk

Rokne, B. (2011). Livskvalitet ved kronisk sykdom. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling* (s. 166). Akribe

Sagen, J. V. (2011). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling* (s. 147+152). Akribe

Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling* (s. 19-26). Akribe

Slettebø, Å. (2010). Etiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 43-45). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2010). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 151). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Store Norske leksikon. (2013). *Motivasjon*. Hentet 9. mars 2016 fra

<https://snl.no/motivasjon>

Tjelta, M. & Holsen, I. (2013). «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her» – Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie.

Nordisk Sygepleieforskning Hentet fra

https://www.idunn.no/nsf/2013/03/det_gaar_an_aa_mestre_det_mesteved_aa_gaa_paa_saanne_kurssom_d

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

Volven. (Udatert). *Egenomsorg*. Hentet 2. mars 2016 fra

<https://volven.no/begrep.asp?id=596&catID=12>