



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

Karen Marie Gjøsås og Lars Haug Sikveland

Bacheloroppgave i sykepleie

**Forebygging av senkomplikasjoner ved
diabetes mellitus type 2**

**Prevention of long-term complications of
diabetes mellitus type 2**

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

Antall ord:12 443

Bachelor i sykepleie, kull 124

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes mellitus type 2.

Engelsk tittel: Prevention of long-term complications of diabetes mellitus type 2

Hensikt: Hensikten med vår oppgave er å finne ut sykepleierens funksjon i forebygging av senkomplikasjoner med hovedfokus på livsstilsendringer gjennom ernæring og fysisk aktivitet i møte med pasienter med nyoppdaget type 2 diabetes mellitus. I tillegg vil vi undersøke hvordan vi som sykepleiere kan forbedre oss i forhold til veiledning og undervisning av denne pasientgruppen.

Problemstilling: Hvilken funksjon har sykepleieren i forhold til forebygging av senkomplikasjoner til pasienter med diabetes mellitus type 2?

Metode: Vår bacheloroppgave er basert på litteraturstudie med oppbygging av pensumlitteratur, selvvalgtlitteratur, kvalitativ forskning og personlige erfaringer.

Teori: I teoridelen presenterer vi temaene diabetes mellitus, senkomplikasjoner, livsstilsendring med hovedfokus på ernæring og fysisk aktivitet, sykepleieteoretiker Dorothea Orem og sykepleierens pedagogisk funksjon for å best mulig å kunne belyse og besvare vår problemstilling.

Konklusjon: Sykepleierens pedagogiske funksjon er sentralt i møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2. Vår veiledende og undervisende rolle er å legge til rette for mestring og motivasjon hos pasienten. Dette gjøres ved å tilegne tilpasset og nødvendig informasjon om sykdommen og om hvordan pasienten selv skal kunne håndtere sin nye hverdag med diabetes. Sykepleierens rolle er også å bevisstgjøre og ansvarliggjøre pasienten til å ta ansvar for sykdom og egen behandling, da dette er noe pasienten bør gjøre selv.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.3 AVGRENSNING.....	7
1.4 DISPOSISJON.....	7
2 METODE	8
2.1 LITTERATURSØK.....	9
2.2 VALG AV LITTERATUR.....	10
2.3 KILDEKRITIKK.....	11
2.4 ETISK VURDERING.....	12
2.5 PRESENTASJON AV FORSKNING.....	12
3 TEORI	15
3.1. DIABETES MELLITUS.....	15
3.1.1 DIABETES MELLITUS TYPE 2.....	16
3.1.2 KOMPLIKASJONER VED DIABETES TYPE 2.....	16
3.1.2.1 MIKROVASKULÆRE KOMPLIKASJONER.....	17
3.1.2.2 MAKROVASKULÆRE KOMPLIKASJONER.....	17
3.2 LIVSSTILSENDRING.....	18
3.2.1 ERNÆRING.....	18
3.2.2 FYSISK AKTIVITET.....	19
3.3 SYKEPLEIETEORETIKER DOROTHEA OREM.....	20
3.3.1 EGENOMSORG.....	21
3.3.2 EGENOMSORGSSVIKT.....	22
3.3.3 SYKEPLEIERENS HJELPEMETODER.....	22
3.3.4 SYKEPLEIESYSTEMER.....	24
3.4 SYKEPLEIERFUNKSJON.....	25
3.4.1 SYKEPLEIERENS VEILEDENDE OG UNDERVISENDE ROLLE.....	26

4. HVILKEN FUNKSJON HAR SYKEPLEIEREN I FORHOLD TIL FOREBYGGING AV SENKOMPLIKASJONER TIL PASIENTER MED DIABETES MELLITUS TYPE 2.....	28
4.1 HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE BRUKE OREMS SYKEPLEIETEORI I MØTE MED DIABETESPASIENTER?.....	28
4.2 HVA ER SYKEPLEIERENS VEILEDENDE FUNKSJON.....	31
4.3 HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE MOTIVERE PASIENTEN TIL EN LIVSSTILSENDRING.....	36
5 KONKLUSJON.....	41

LITTERATURLISTE

Vedlegg

Vedlegg 1 PICO-skjema

Vedlegg 2 Fremgangsmåte for søk av forskningslitteratur

1. Innledning

I følge Diabetesforbundet (2014) er forekomsten av diabetes mellitus type 2 økende i Norge og rundt 350 000 personer i Norge har diabetes mellitus type 2. Rundt halvparten av disse har diagnosen uten å være klar over det selv. Årlig får 6000-7000 nordmenn diabetes mellitus type 2 og antall tilfeller har blitt firedoblet de siste 50 årene. Mosand & Stubberud (2010) omtaler pasienter med diabetes mellitus type 2 som den største diabetesgruppen. Vanligvis debuterer sykdommen fra 40-årsalderen, men det er også et økende antall blant pasienter i 20-30 årsalderen. Forekomsten av diabetes mellitus type 2 skyldes økt levealder, økt inntak av fett og sukker, samt mangel på fysisk aktivitet.

Ved diabetes mellitus kan det oppstå komplikasjoner som er akutte og mer langsiktige og det er viktig å forebygge begge tilfeller. En tidlig debut av sykdommen diabetes mellitus type 2, er farlig fordi jo lengre pasienten har sykdommen, desto større er sjansen for å få senkomplikasjoner (Sortland, 2011).

Interessen for diabetes mellitus type 2 er betydelig hos oss begge, og med denne oppgaven ønsker vi å fordype oss i diabetes mellitus type 2 og sykepleieren sin funksjon i forhold til forebygging av senkomplikasjoner med hovedfokus på livsstilsendring rette mot ernæring og fysisk aktivitet. Tidligere har vi erfart i praksis i forhold til regulering og veiledning til pasienter med diabetes og syntes derfor at vi har noe grunnkunnskap, men vi er også interessert i å lære mer om hvordan vi kan bli flinkere i å veilede og hjelpe denne pasientgruppen.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi velger diabetes mellitus type 2 som tema med fokus på sykepleierens rolle i forhold til veiledning og forebygging av senkomplikasjoner. Sykepleierens funksjon er en sentral rolle i forebyggende arbeid i møte med pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2. Vi vil legge vekt på undervisning og veiledning av pasienter i forhold til forebygging av senkomplikasjoner og hvordan vi som veiledere kan bidra til at pasienten får innsikt i eget sykdomsbilde og motivere pasienten til å ha en opplevelse av kontroll og mestre hverdagen med en livsstilssykdom. Det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom pasienten og sykepleier, der sykepleieren tilpasser pasientens behov og ønsker, men også å møte pasienten på deres premisser.

Vi velger det aktuelle tema på grunn av at det er en av de mest utbredte livsstilssykdommene. Forekomsten av denne sykdommen er økende og rammer i størst grad personer i 40-årsalderen. Sykdommen kan forebygges gjennom livsstilsendringer knyttet til ernæring og fysisk aktivitet. Det er et interessant tema som påvirker våre levevaner, samt arv og miljø. Vi møter denne pasientgruppen mange steder i helsevesenet (Diabetesforbundet, 2014)

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi fokuserer på møte med pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2 som skal veiledes og undervises av sykepleier. Vi vil legge vekt på sykepleierens pedagogiske funksjon i møte med pasienten, hvordan vi som sykepleiere kan motivere å hjelpe pasienten til en livsstilsendring og forebygging senkomplikasjoner ved diabetes mellitus type 2.

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilken funksjon har sykepleieren i forhold til forebygging av senkomplikasjoner til pasienter med diabetes mellitus type 2?

1.3 Avgrensning

Vi har valgt å ta for oss sykepleierens funksjon med fokus på det pedagogiske i forhold til forebygging av senkomplikasjoner i møte med pasienter med diabetes mellitus type 2. Da veiledning knyttet til motivasjon til en livsstilsendring gjennom ernæring og fysisk aktivitet. Vi velger derfor å ikke å ta for oss aspektet om medikamentell behandling.

Vi har videre avgrenset dette spesifikt med en pasientgruppe med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 som skal veiledes og undervises av sykepleier i kommunehelsetjenesten og mer spesifikt diabetesteam. Pasientgruppen vi har fokus på er personer i aldersgruppen 40 år. Gruppen vi velger avklares til å være selvstendige, ikke pleietrengende og bor hjemmet. De har lite erfaring og kunnskaper om diagnosen, men både er i stand til og er villige til å tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter om livsstilssykdommen.

Vi har valgt sykepleieteoretikeren Dorothea Orem ettersom hun tar for seg enkeltmennesket og de grunnleggende behovene som må dekkes for å opprettholde god helse. Er det svikt i pasientens sine ressurser eller kompetanse trenger de hjelp fra sykepleier til å iverksette tiltak, motta veiledning og informasjon, men også motiveres. Hun fokuserer også på enkeltmenneskets sine evner til egenomsorg (referert i Kristoffersen, 2011).

1.4 Disposisjon

Oppgaven består av 5 hovedkapitler, som er inndelt i underkapitler. Første kapittel er innledningen til oppgaven, hvor vi presenterer begrunnelse for valg av tema, problemstilling, avgrensning og disposisjon. I kapittel to presenterer vi metoden, litteratursøk, valg av litteratur, kildekritikk, etisk vurdering og presentasjon av forskningsartikler. I kapittel tre beskriver vi teorien som belyser vår oppgave og problemstilling, her vil det bli presentert teorien om diabetes mellitus, senkomplikasjoner, livsstilsendring relatert til ernæring og fysisk aktivitet, sykepleieteoretikeren Dorothea Orem og sykepleierfunksjonen. Videre i drøftingsdelen i kapittel fire har vi valgt å lage tre underproblemstillinger som belyser sykepleierfunksjon. Aktuell forskning blir diskutert, vi drøfter og diskuterer ulike synspunkter som besvarer vår problemstilling. Vi kommer også med egne erfaringer fra praksis. Kapittel fem er en oppsummering i form av en konklusjon av vår oppgave og vår problemstilling skal besvares. Litteraturen blir fremstilt avslutningsvis.

2. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

Vi følger høgskolen i Hedmark sine retningslinjer i oppgaven vår som er en litteraturstudie. Dette innebærer at vi har tatt for oss forskning og teori som belyser vår problemstilling og videre diskutert dette med erfaringer fra praksis. Vi har vurdert litteraturen og funnene kritisk (Dalland, 2012).

Det finnes to forskjellige metoder, kvalitative og kvantitative. Ved bruk av kvalitative metoder går de i dybden ved å innhente opplysninger som fremstilles i få undersøkelsesenheter og de fokuserer på opplevelser og meninger. Ved bruk av kvantitativ metode gir den data som er samlet inn i form av målbare enheter. Begge disse metodene bidrar i fellesskap å fremme en større forståelse for samfunnet vi lever i (Dalland, 2012). Kvalitative metoder kan bli brukt for å undersøke menneskelige egenskaper som tanker, erfaringer, opplevelser, motiver, forventinger og holdninger (Malterud, 2011).

Vi har anvendt kvalitativ forskningsartikler som belyser vår oppgave som sykepleiere og som er tar for seg samarbeidet og tilrettelegging for informasjon, veiledning og undervisning for denne pasientgruppen.

2.1 Litteratursøk

Vi har benyttet oss av ulike godkjente databaser fra skolens bibliotek sin hjemmeside for å finne frem til forskningsartikler, hvor vi har brukt relevante søkeord som belyser vår problemstilling. De databasene vi har anvendt i oppgaven er Medline, Idunn, Cinahl og google scholar. Vi har brukt søkeordene: Diabetes mellitus type 2, sykepleie, pedagogisk funksjon, nurse, patient education as topic, experience og healthy food cost more. Vi har også brukt ``AND`` og ``OR`` i engelske søkeord for å kombinere søkene med hverandre. I tillegg ble det også gjort avgrensninger i søkene for å begrense mengde treff. Fulltekst, språk, årgang og fagområder ble mye brukt for å avgrense søkene opp i mot vår oppgave. Vi velger ikke å bruke forskning som er eldre enn sju år.

Vi begynte søket etter forskning ved å se etter en norsk artikkel og vi prøvde et tilfeldig søk på Idunn. Vi brukte søkeordet diabetes type 2. Videre avgrenset vi søket til tidsperioden 2010-2015 og valgte fagområdet helse- og sosial fag og fikk 24 treff. Vi gikk også gjennom artiklene systematisk og ekskluderte 23 artikler og vi ble da sittende igjen med 1 artikkel som blir belyst i oppgaven. Vi gikk deretter inn på databasen Cinahl og brukte søkeordet diabetes type 2 AND change of lifestyle. Vi avgrenset søket ved å hake av full text og tidspunkt for publikasjonen, vi valgte tidsperioden 2008-2015. Vi fikk 194 treff. Vi gikk i gjennom artiklene og ekskluderte 193 artikler og ble sittende igjen med 1 artikkel. Videre søkte vi på Medline, vi brukte søkeordet diabetes mellitus type 2 AND patient education as topic And experience for å kombinere søkene med hverandre. Vi avgrenset søket ved tidspunkt for publikasjon og valgte tidsperioden 2010-2015. Vi fikk 39 søkeresultater. Vi gikk igjennom artiklene systematisk og ekskludere de artiklene som ikke var relevant for vår oppgave og ble da sittende igjen med 1 artikkel og denne blir belyst å vår oppgave. Deretter brukte vi databasen Cinahl. Vi brukte søkeordene nurse AND type 2 diabetes. Vi avgrenset søket ved å hake av full text og brukte tidsperioden 2010-2015. Vi fikk 258 treff. Videre gikk vi igjennom de 258 artiklene og ekskluderte 257 artikler og valgte 1 artikkel som blir belyst i oppgaven. Til slutt i søkeprosessen tok vi et tilfeldig søk i google scholar. Vi brukte søkeordene healthy food cost more og vi avgrenset søket til 2008-2015. Vi fikk omtrent 362 000 treff. Vi begynte å gå igjennom disse da vi tilfeldig fant en artikkel på den første siden som vi valgte å bruke i oppgaven. Viser til vedlegg 1- Pico-skjema og vedlegg 2 - Fremgangsmåten for søk av forskningsartikler.

2.2 Valg av litteratur

Dalland (2012) omtaler primærkilder og sekundærkilder. Så langt det lar seg gjøre bør det brukes primærkilder og i de tilfeller det ikke lar seg gjøre brukes pålitelige og troverdige sekundærkilder. Men disse bør vurderes kritisk. Vårt ansvar blir da å referere riktig etter å ha vurdert sekundærkilden til troverdig.

Vi har prøvd å benytte oss hovedsakelig av primærlitteratur, da det er denne type primærkilde som er mest pålitelige og troverdige litteratur som belyser vår problemstilling. Vi har anvendt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som er rettet mot diabetes mellitus type 2, senkomplikasjoner, livsstilsendring med hovedfokus på ernæring og fysisk aktivitet og sykepleiefunksjon.

Den selvvalgte litteraturen har vi funnet på biblioteket til høgskolen i Hedmark. Vi valgte å ikke anvende litteratur som er eldre enn 7 år. Dette er på grunn av at det er et tema som det finnes et stort omfang av litteratur fra nyere tid og vi tar utgangspunkt i nyere forskning, da denne er mest relevant og oppdatert. Selv om vi eventuelt da velger bort eldre forskning som kan belyse vår problemstilling. Vi har også valgt sekundærlitteratur som er pålitelige og troverdige, da det i noen tilfeller er vanskelig å finne de primærkildene.

Vi velger å bruke Helsedirektoratets (2009) anbefalinger i forhold til ernæring og fysisk aktivitet knyttet til diabetespasienter. Disse er basert på *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Som videre er basert på Nordic Nutrition Recommendations (2012) og rapporten «Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer» fra Nasjonalt råd for veiledning (2011). Selv om dette bare er føringer, velger vi å gå ut i fra disse da vi har erfart at disse blir brukt i praksis.

2.3 Kildekritikk

«Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes» (Dalland, 2012, s 67).

Dalland (2012) sier noe om hvordan kildekritikken viser til vår kunnskap til å vurdere og undersøke hvor vidt kriteriene som vi har satt oss og som kreves av oss. Videre karakterisere og vurdere disse kildene for å opplyse leseren om hvilke tanker vi gjorde oss under denne prosessen, samt gyldigheten og relevansen av kilden. Videre avklarer vi hvor vidt tilgjengeligheten og mangfoldet av forskning innenfor et spesifikt tema. Innenfor temaet diabetes og sykepleieren sin pedagogiske funksjon hvor det finnes et mangfold av forskning vil kildekritikken være kritisk.

Vi har kritisk gjennomgått den forskningen som vi har funnet som belyser vår problemstilling for så å overveid kunnskapen vi har fra litteratursum og utdanning. Vi har sammenlignet ulike forskningsartikler opp mot hverandre for å verifisere de kvalitativt og kvantitativt (Dalland, 2012). Vi har også lagt vekt på at forskningen ikke er for gammel.

I søkeprosessen har vi brukt IMRAD-prinsippet. Som kjent mange vitenskapelig artikler er bygd på. Dette er et hjelpemiddel som kan brukes for å vurdere kvaliteten på vitenskapelig artikler. Dette innebærer at forskningsartikkelen skal bestå av Introduksjon (hensikten av studien), Metode (hvilken metode som er brukt for oppbygging, analysering og gjennomføring av studien), Resultat (resultatet av studien) og (And) Diskusjon (en diskusjon om betydningen av funn og resultater). Helt innledningsvis har de fleste artikler et abstrakt, sammendrag (Graverholt, Jamtvedt, Nordheim, Nordtvedt, Reinart, 2012). I vår oppgave har vi funnet tre av fem artikler som følger IMRAD-prinsippet, men vi velger å bruke de to andre artiklene til tross for at de ikke følger IMRAD-prinsippet på grunn av at de belyser vår problemstilling.

2.4 Etisk vurdering

I denne oppgaven har vi vurdert at målgruppen for læring i hovedsak kanskje er oss selv, dette med tanke på at dette ikke er noe nytt vi undersøker og at det finnes lignende oppgaver på nettet og relevant forskning rundt dette temaet. I tillegg er våre kildehenvisninger og oppgavens oppbygning bygget på APA-standarden. Vi har gjennom hele arbeidsprosessen kontinuerlig vurdert litteraturen og forskningen som vi har funnet for å finne faglig korrekt informasjon som vi kan formidle videre.

2.5 Presentasjon av forskningsartikler

Vi har valgt å bruke 5 artikler som vi videre presenterer med å legge fram hva forskningen omhandler, hensikten med studien og deltakerne i studien. Videre blir artiklene analysert og vi redegjør for teori som vi vil bruke i drøftingsdelen. På bakgrunn av dette blir teorien fra forskningen ikke presentert i teoridelen.

Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie (Tjelta, Holsen, 2013). Dette er en norsk studie basert på en kvalitativ metode der 16 deltakere ble intervjuet. Hensikten i denne studien er å finne ut betydningen av gruppebaserte pasientopplæringskurs i poliklinikk ved diabetes type 2. De ville se på om gruppebasertopplæring er bedre enn ved individuelopplæring og hvilke positive aspekter gruppebasertopplæring gir. Det som kommer fram i studiet var at deltakerne følte at de hadde tilegnet seg nye kunnskaper om sykdommen og fikk en bedre forståelse av livsstilsendringen. De satte spesielt pris på muligheten til å diskutere sammen med andre i lignende situasjon. Deltakerne ga uttrykk for at det var viktigst å få mye informasjon tidlig i forløpet i tillegg til informasjon om ernæring. De ønsket å prioritere praktisk informasjon om ernæring fremfor senkomplikasjoner. De ga også uttrykk for at de etterlyste mer fokus på psykisk helse og diabetes. Resultatet av studien viser at deltakerne satte pris på gruppebaserte undervisning med mulighet for pårørende å delta på og de etterlyste oppfølgingskurs.

Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study (Malpass, Andrews, Turner, 2008). Dette er en kvalitativ studie som er utført i Storbritannia, der 30 personer ble utvalgt til intervju hvor 24 av deltakerne fikk ekstra oppfølging i form av besøk til sykepleier og ernæringsfysiolog over en 12 måneders periode. Dette var en målgruppe med pasienter med nyopptaget diabetes mellitus type 2. Hensikten med studien var å utforske hvilken rolle fysisk aktivitet og ernæring hadde for denne målgruppen og hvordan oppfølging fra sykepleier påvirket disse faktorene. I tillegg hvordan fysisk aktivitet og ernæring påvirker hverandre og hvordan pasienter opplevde å gjennomføre en livsstilsendring. Resultatet av studien viser at pasienter finner det hjelpsomt å motta informasjon om fysisk aktivitet og ernæring. Videre var det hjelpsomt med flere livsstilsendringer.

Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner (Bartol, 2011). Dette er en kvalitativ studie som er utført i USA. Dette er en studie som er basert på personlige erfaringer og kliniske studier. Den omtaler at sykepleier kan bistå med motivasjon og veilede personer med diabetes til livsstilsendring, oppnå kontroll, mestre og å overkomme de utfordringer i hverdagen. Artikkelen omtaler også hvordan vi som sykepleiere kan bli bedre til å veiledede og undervise. Resultatet av studien viser at vår rolle som sykepleier spiller en sentral rolle i veiledning og mestring for pasienter med diabetes mellitus type 2. Vår rolle som motivator og samarbeidspartner er avgjørende for deres kontinuerlige kontroll av sykdommen.

The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes (Robertson, 2011). Dette er en kvalitativ studie som er basert på litteraturgjennomgang av kliniske, medisinske og sykepleiejournaler samt lærebøker. Hensikten med studien er å belyse effekten av å starte med behandling tidlig i forløpet av sykdommen for å redusere faren for senkomplikasjoner. Studien tar for seg type 2 diabetes mellitus og hvordan den tidlige fasen behandles med medikamentell monoterapi. Pasientopplæring er en viktig del av behandlingen av diabetes mellitus type 2 og mange kan oppleve utfordringer med å opprettholde og å følge behandlingen. Funn viser at pasienter ofte finner det å gjennomføre livsstilsendringen og følge opp med eventuelt medikamentell behandling blir vanskelig og det er derfor viktig med kontinuerlig oppfølging for å sørge for at pasienten behersker sin helsetilstand. Sykepleierens rolle er sentral i samhandlingen og er en viktig støttespiller gjennom hele forløpet. Det legges også vekt på at det å feile underveis i behandlingen er akseptabelt.

Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis (Rao, Afshin, Singh, Mozaffarian, 2013). Dette er oppsummert forskning som tar for seg 27 studier fra 10 forskjellige land og er en meta-analyse av disse studiene. Hensikten med studien er å analysere forskjellen på pris i forhold til sunn kost og mindre sunn kost. Funn viser at det er forskjeller i pris mellom sunn kost og mindre sunn kost. Studien viser etter analyse av funnene at sunn kost er dyrere innenfor visse mat grupper.

3. Teori

Vi skal presentere teorien som belyser vår oppgave og problemstilling. Først har vi valgt å skrive om diabetes mellitus, deretter presenteres komplikasjoner ved diabetes. Videre skriver vi om livsstilsendring relatert til ernæring og fysisk aktivitet. Deretter presenteres sykepleieteoretikeren Dorothea Orem, ettersom hun er opptatt av hvordan sykepleieren skal ivareta enkeltmenneskets grunnleggende behov og egenomsorg, men også sykepleierens sin rolle i forhold til å iverksette tiltak som bidrar til å opprettholde eller gjenopprette, samt å fremme helse hos pasienten (referert i Kristoffersen, 2011). Til slutt kommer det teori om sykepleierens sin pedagogiske funksjon.

3.1 Diabetes Mellitus

Vi presenterer diabetes mellitus generelt før vi går mer i dybden på diabetes mellitus type 2 og videre tar vi for oss senkomplikasjoner: mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjoner og til slutt livsstilsendring relatert til ernæring og fysisk aktivitet.

Jenssen (2011) beskriver diabetes mellitus som en kronisk sykdom. De vanligste formene for diabetes mellitus er type 1 og type 2. Diabetes mellitus type 1 regnes som en autoimmun sykdom der kroppens eget immunforsvar angriper insulinproduserende betaceller i de langerhanske øyer i pankreas, bukspyttkjertelen. Betacellene mister da sin evne til å skille ut hormonet insulin noe som fører til nedsatt eller manglende virkning av hormonet insulin. Insulin produseres i de langerhanskeøyene i pankreas og virker ved å senke produksjon av blodglukose i leveren, samt opptaket av glukose i fett- og muskelvev. Diabetes type 1 rammer ofte barn og unge. Type 2 diabetes mellitus skyldes insulinresistens, det betyr at virkingen av insulinet på fett- og muskelvev er nedsatt. Forekomsten av diabetes mellitus type 2 øker med alderen og rammer oftest i 40-årsalderen.

3.1.1 Diabetes Mellitus type 2

Type 2 diabetes mellitus karakteriseres ved at alfacellene i de langerhanskeøyene produserer for mye glukagon. Glukagon er et hormon som har ingen effekt på fettvev eller muskulaturen på grunn av nedsatt følsomhet for insulin, men den øker leverens produksjon av glukose som fører til økt blodglukose. Pasienten vil etter hver utvikle kronisk forhøyet blodglukose, altså hyperglykemi, på grunn av økt produksjon av glukagon da betacellene sin evne til å produsere hormonet insulin er nedsatt (Jenssen, 2011).

I motsetning til type 1 diabetes mellitus forekommer insulinresistens i mye større grad. Dette betyr at kroppens evne til å utnytte insulin i lever-, fett- og muskelceller er nedsatt og de trenger økt insulinproduksjon for å kunne utnytte glukosen i muskulaturen og redusere frigjøringen av fettsyrer og dempe glukoseproduksjon. En normalt fungerende pankreas vil kunne kompensere med å øke produksjon av insulin for opprettholde en balansert blodglukose. Om pasienten i tillegg til insulinresistens har redusert produksjon av insulin forekommer hyperglykemi. Når pasienten har diabetes mellitus type 2 har insulinresistensen kommet dit hvor pasienten ikke er i stand til å regulere blodglukosen. Insulinresistens, samt høyt blodtrykk og overvekt forbindes ofte med metabolsk syndrom (Jenssen, 2011). Det ses en sammenheng mellom metabolsk syndrom og diabetes mellitus. Diabetesforbundet (2015) hevder at metabolsk syndrom defineres som en samling av forstyrrelser i omsetningen av næringsstoffer i kroppen. Disse forandringene er forenelig med fedme, hypertensjon, røyking, inaktivitet og høyt blodsukker. Metabolsk syndrom øker forekomsten av type 2 diabetes mellitus, samt risiko for hjerte- og karsykdommer. Det er også viktig å forstå og akseptere sykdommen og sette fokus på å redusere progresjonen av sykdommen da relatert til senkomplikasjoner.

3.1.2 Komplikasjoner ved diabetes mellitus type 2

Ved diabetes mellitus type 2 er blodglukosen høy og disponerer spesielt for forandringer i flere organer. Personer med diabetes mellitus type 2 som lever med dårlig regulert blodglukose er utsatt for å utvikle senkomplikasjoner. Komplikasjonene deles inn i mikrovaskulære og makrovaskulære senkomplikasjoner, det vil si sykdommer i hjerte, øyne, nyrer, nerver eller føtter (Jenssen, 2011 & Mosand & Stubberud, 2010).

3.1.2.1 Mikrovaskulære komplikasjoner

Ved mikrovaskulære komplikasjoner oppstår det forandringer i de små kapillærene og arteriene og rammer nervene, nyrene og øynene (Jenssen, 2011). Sykdommen som rammer øynene kalles retinopati, det er en fryktet senkomplikasjon som fører til synsforandringer og blindhet. Denne forandringen oppstår på netthinnen. Den mest brukte behandlingen mot retinopati er per i dag god blodtryksregulering og blodsukkerregulering som bidrar til å stoppe eller forsinke utviklingen av retinopati. Sykdommen som rammer nyrene, kalles nefropati. Her vil det gradvis bli en utvikling av lekkasje av protein i urin på grunn av dårlig regulert blodglukose grunnet blodkarene i nyrenes glomeruli blir skadet. Her er også behandlingen god blodsukkerregulering og blodtryksregulering. Sykdommen som rammer nervene, kalles nevropati (Mosand & Stubberud, 2010). Mosand & Stubberud (2010) hevder at nevropati blir regnet som den mest bekymringsfulle senkomplikasjon da med tanke på sykdommen rammer nervesystemet og pasienten kan oppleve plager i form av stikking, prikking, balansevansker og nummenhetsfølelse. Nevropatien utarter seg forskjellig fra individ til individ og ikke alle får symptomer. Ved denne typen senkomplikasjon er det spesielt viktig å ha god blodsukkerregulering fra starten med tanke på at når diabetisk nevropati arter seg kan den i noen tilfeller være irreversibel.

3.1.2.2 Makrovaskulære komplikasjoner

Makrovaskulære komplikasjoner oppstår i de store arteriene og rammer hjerte- og hjernekar, samt arteriene til føttene. Dette skjer på grunn av lipider samt LDL-kolesterol som danner plakk i arteriene som fører til trange blodårer. Ved avleiring av lipider i åreveggen bidrar dette til en lokal betennelsesreaksjon som igjen fører til mer dannelse av plakk. På bakgrunn av dette er risikoen for at plakk brister stor. På grunn av aterosklerose er sirkulasjonen redusert og da spesielt i ekstremiteter, samt på grunn av diabetisk nevropati vil kunne skjule symptomer relatert til infarkt. Behandling omhandler god blodtrykkregulering for å hindre at plakk brister, samt god kolesterolregulering for å hindre dannelse av aterosklerose (Jenssen, 2011).

3.2 Livsstilsendring

I følge Allgot (2011) er det å leve med diabetes mellitus type 2 er en krevende livssituasjon og flere aspekter av livet blir forandret og siden det er en kronisk sykdom varer det livet ut. På grunn av at det er en kronisk sykdom og de må bestandig overveie sine valg i forhold til sin sykdom finner mange det utfordrende og krevende, ofte relatert til oppgittethet, sinne og sorg. For at pasienten skal kunne oppleve mestring og livskvalitet er det viktig at sykepleier bidrar til å hjelpe og støtte pasienten til å gjennomføre en livsstilsendring. Samarbeidet mellom pasient og sykepleier er sentralt på grunn av at sykepleier sitter med kompetansen til veiledning og opplæring slik at pasienten best mulig kan takle sin nye hverdag med sykdommen. Å leve med diabetes mellitus type 2 innebærer i stor grad selvstendighet i møte med å takle sin sykdom. Det er derfor viktig at sykepleier motiverer og forklarer viktigheten av å kunne håndtere sykdommen selvstendig, med tanke på at det er pasienten selv som må være sin egen behandler og sykepleieren er med som støtte (Allgot, 2011)

Ofte kan motivasjonen som trengs for å mestre en livsstilsendring være manglende i møte med kronisk sykdom. Selv om pasienten er teoretisk i stand og har nødvendige ressurser for å ivareta sin egen helse forekommer ikke dette. I møte med pasienter som har problemer med motivasjon, viser likegyldighet og lite initiativ til forandring er det viktig at sykepleier møter pasienten der den er og viser empati for å etablere trygg kontakt. Dette gir grunnlag for videre samarbeid (Torgauten, 2011).

3.2.1 Ernæring

I følge Sortland (2011) bør alle diabetikere ta utgangspunkt i normal kost med tilpasninger knyttet til individuelle behov. Det er viktig med jevn oppfølging i forhold til måltidsrytme, matvaner og vekt. Lundestad (2014) sier at det er viktig med et sunt kosthold for å forebygge senkomplikasjoner, hjerte- og karsykdom og overvekt, men også blodglukosereguleringen.

Ved diabetes mellitus type 2 er det viktig å vektlegge matinntak av lavglykemiske kilder til karbohydrat så langt det lar seg gjøre. Det er viktig å basere fordelingen av måltidene ut ifra den enkeltes dagsrytme, et måltidsmønster med hyppige, regelmessige og små måltider. Effekten av inntak av mat ses ved blodglukose og vil videre være med å avgjøre videre kost og mengde (Helsedirektoratet, 2009).

En viktig del av behandlingen av diabetes mellitus type 2 er kostveiledning.

Kostholdsveiledningen må tilpasses hver enkelt på individnivå, da med hensyn til pasientens ønsker, preferanser og evne til å gjennomføre endringer. Videre bør kosthold og kostråd tilpasses pasientens helsetilstand knyttet til kardiovaskulære risiko, kroppsstørrelse og glykemiske kontroll. Kostholdsveiledning og undervisning kan forekomme både gruppebasert og individuelt, men bør være kvalitetssikret og gjennomføres av profesjonell helsepersonell (Helsedirektoratet, 2009).

I kostholdsveiledning sammen med pasienten er motivasjon en viktig faktor og siden det er pasienten selv som kjenner seg selv best og som vet hvilke endringer som er gjennomførbare settes det stort fokus på realistiske mål både kortsiktige og langsiktige. Det er pasienten selv som bestemmer om livsstilsendringen er verdt anstrengelsen. Det er derfor viktig med et godt samarbeid med pasienten, for å skape et samarbeid basert på tillit er det viktig å vise pasienten respekt for deres valg av levevaner. I kartleggingen av pasientens matvaner beskriver sykepleieren hvilke konsekvenser deres valg av matvaner har for sykdommen (Aas, 2011). Videre har fysisk aktivitet en sentral rolle i behandlingen hos pasienter med type 2 diabetes mellitus (Sagen, 2011).

3.2.2. Fysisk aktivitet

I likhet med gode kostholdsvaner er fysisk aktivitet en del av behandling av diabetes mellitus type 2 (Lundestad, 2014). Ulike personer vil oppfatte begrepet fysisk aktivitet forskjellig, fysisk aktivitet vil for enkelte bety trening, mens andre mener fysisk aktivitet er mosjonsøvelser. Fysisk aktivitet kan være lek, trim, arbeid, idrett, mosjon eller trening (Sagen, 2011).

Anbefalinger fra Helsedirektoratet (2009) i forhold til fysisk aktivitet til diabetes mellitus type 2 angir minimum 30 minutter med fysisk aktivitet med moderat intensitet daglig. Men ofte er det gunstig effekt å doble aktivitetsnivået (Helsedirektoratet, 2009).

Tilrettelegging av fysisk aktivitet må individualiseres. Hvilken treningsform, hyppigheten og varigheten bestemmes av faktorer som kjønn, alder, senkomplikasjoner, kardiovaskulær risiko, samt kulturelle forhold. Gjennom kostholdsendringer og fysisk aktivitet kan pasienten oppnå mye. Pasienten trenger ikke å legge opp til 30 minutter med fysisk aktivitet daglig, de kan i stedet gjennomføre en moderat fysisk aktivitet i 30 minutter ved å gå tur eller trim som

de kan legge opp til minst tre ganger i uken. Noen dager har pasienten mer overskudd enn andre dager, da kan distansen for fysisk aktivitet forlenges de dagene. Disse endringene knyttet til kostholdet og fysisk aktivitet må være tilstrekkelig for å oppnå god og merkbar effekt, ellers kan motivasjonen til pasienten forsvinne (Sagen, 2011).

Videre bør pasienten få veiledning og råd om gjennomførelsen av de ulike aktivitetene som er anbefalt. Det er også viktig å få informasjon og veiledning hvis det skulle oppstå akutte situasjoner om hvordan dette kan behandles eller forhindres som for eksempel ved hypoglykemi, lavt blodsukker (Sagen, 2011). Vi vil nå presentere Dorothea Orem sin sykepleieteori.

3.3 Sykepleieteoretiker Dorothea Orem

Vi har valgt å bruke Dorothea Orem sin sykepleieteori. Vi vil presentere hennes sykepleieteori om egenomsorg, egenomsorgssvikt og egenomsorgsbehovene. I tillegg vil vi også beskrive sykepleierens hjelpemetoder og sykepleiesystemer.

Sykepleierteorien beskriver blant annet de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene som oppstår ved for eksempel funksjonstap, skade, sykdom eller personer som er under behandling. I møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 i forhold til den type svikt i egenomsorgen oppstår det forandringer i dagliglivet og i personens helsetilstanden, dette kan føre til at de trenger hjelp eller blir avhengig av andre. Når en person får diagnosen diabetes mellitus type 2 må de tilpasse seg og gjennomgå en livsstilsendring. De må tilegne seg nye kunnskaper om diagnosen samt behandlingen, men også tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter om fysisk aktivitet og ernæring i forhold til det å kunne opprettholde et stabilt blodsukker som vil bidra til å forebygge senkomplikasjoner. Teorien belyser også sykepleierens oppgave å veilede og rettlede i forhold til tilrettelegging for pasienten (referert i Kristoffersen, 2011). Derfor vil vi nå ta for oss egenomsorg.

3.3.1 Egenomsorg

Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utføre på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Omsorg for andre er et voksent menneskes bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksnes sosiale gruppe (Dorothea Orem, referert i Kristoffersen, 2011, s. 228).

I bakgrunn av denne sykepleieteorien omtaler Orem mennesket som en helhet og med mulighet for vekst og utvikling. I forhold til dette har hun stor tro på mennesket som problemløsende, samt ressurssterke og på grunn av dette kan det betraktes som en utviklingsteori. Hun legger også til rette for at mennesket er i stand til å lære å mestre noe som ligger grunnleggende i teorien om egenomsorg. Orem fremhever at miljø og oppvekst har en stor innvirkning på individets evne til egenomsorgslæring på grunn av oppvekstvilkår, verdier og normer, samt kultur. Det legges også vekt på at enkeltmenneskets selvstendighet og dens eget ansvar for helse er gjenkjennelig med det moderne samfunns forventinger til ivaretagelse av egenomsorg (referert i Kristoffersen, 2011).

Orem beskriver tre ulike typer egenomsorgsbehov relatert til opprettholdelse av normal funksjon, velvære, utvikling og helse (referert i Kristoffersen, 2011).

De universelle egenomsorgsbehovene omhandler menneskets grunnleggendebehov i form av fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov. De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene tar utgangspunkt i menneskets utvikling og utviklingsprosesser som opprettholdes og skapes gjennom enkeltmenneskets livssyklus. De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene legger vekt på helserelaterende svikt i normal funksjon, velvære og helse hos enkeltmennesket som blir rammet av for eksempel sykdom. Pasienten må i mange tilfeller tilegne seg nye informasjon og kunnskap for å kunne mestre den nye livssituasjon. Både pasient og pårørende trenger informasjon om forandringer i pasientens helsetilstand. I møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 er dette relevant i form av veiledning og opplæring. Ved nyoppdaget diabetes mellitus type 2 vil pasienten kunne oppleve egenomsorgssvikt og det kan bli en utfordring å ivareta sin egenomsorg (referert i Kristoffersen, 2011).

3.3.2 Egenomsorgssvikt

Teorien om egenomsorgssvikt omhandler menneskets krav til å ivareta sin egenomsorgskapasitet og egenomsorgskrav. Sykepleieren vurderer pasientens behov for sykepleie ved å observere om det er misforhold eller samsvar mellom pasientens egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet. Misforhold skyldes at kravene til egenomsorgen er nye eller har økt, og at pasienten ikke lenger har tilstrekkelig med ressurser. Ved en nyoppdaget type 2 diabetes mellitus oppstår det nye krav til egenomsorg og egenomsorgskapasiteten vil bli påvirket (referert i Kristoffersen, 2011).

Dorothea Orem beskriver ulike egenomsorgsbehov ved helsesvikt:

- behovet for å oppsøke helsetjenesten ved sykdom og helsesvikt
- behov for å være oppmerksom på og ta hensyn til konsekvenser av sykdom og helsesvikt
- behov for å gjennomføre foreskrevet medisinsk behandling
- behovet for å være oppmerksom på og ta hensyn til ubehag og negative virkninger av den medisinske behandlingen
- behovet for å justere selvbildet ved å akseptere situasjonen, og behovet for bistand fra helsetjenesten
- behovet for å lære å leve med sykdom og konsekvenser av medisinsk behandling på en måte som fremmer fortsatt personlig utvikling (sitert i Kristoffersen, 2011, s. 232)

Egenomsorgsbehovene og egenomsorgskravene til pasienten blir identifisert og kartlagt av sykepleier. Sykepleieren er imøtekommende og iverksetter tiltak for å bedre pasientens egenomsorgskrav. Dette gjøres ved hjelp av hjelpemetoder (referert i Kristoffersen, 2011).

3.3.3 Sykepleierens hjelpemetoder

Orem beskriver blant annet om fem sykepleier hjelpemetoder som sykepleieren kan bruke i møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 (referert i Kristoffersen, 2011).

«Å gjøre noe eller handle for en annen» (sitert Kristoffersen, 2011, s. 236). Sykepleieren kompenserer for ressurssvikten til pasienten og bidrar til å ta initiativ til og utfører en handling for pasienten. I begynnelsen er det sykepleieren som tar initiativ og utfører for eksempel blodsuktermåling i møte med pasienten med nyoppdaget diabetes type 2.

«Å veilede og rettlede en annen er en hjelpemetode» (sitert i Kristoffersen, 2011, s. 236). Sykepleieren gir veiledning i planlegging og utføringen av egenomsorgshandlinger.

Pasienten må følge og utføre en behandlingsplan og foreta egne valg og beslutninger, dette forutsetter at pasienten er motivert. Det forutsetter også at det er en mulighet for kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

«Å sørge for fysisk og psykisk støtte» (sitert i Kristoffersen, 2011, s. 236). Omhandler sykepleierens rolle i samvær med pasienten og om hvordan sykepleieren støtter dem både fysisk og psykisk. Dette kan innebære så mangt, oppmuntring, motivering og støtte pasienten i ulike situasjoner som kan erfares vanskelig eller fremmed. Gjennom denne veiledning gir sykepleieren pasienten mulighet til motivasjon og trygghet til utføre egenomsorg. Innenfor denne hjelpemetoden ligger sykepleierens ansvar i forhold til å vurdere om pasienten er i stand til å mestre utfordringer og deretter justere behandlingsplanen for å redusere risikoen for at pasienten skal mislykkes i diabeteskontrollen.

«Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling» (sitert i Kristoffersen, 2011, s. 236).

Omhandler tilrettelegging i forhold til miljøet som kan hjelpe pasienten til å utføre handlingen i samsvar med pasientens egne mål. Miljøet skal fremme pasientens vekst og utvikling, men også ansvar, læring og deltakelse. Dette innebærer ikke bare det fysiske miljøet, men også psykososiale forhold. Ved optimale forhold vil det kunne ses progresjon i forhold til holdninger og verdier overfor diagnosen.

«Å undervise» (sitert i Kristoffersen, 2011, s. 236). Det vil si å tilegne pasienten nye kunnskaper og ferdigheter for å mestre egenomsorgen i forhold til diabeteskontroll.

Dette forutsetter at pasienten er lærevillig og mentalt forberedt. Sykepleieren må i møte med pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2 undervise, motivere pasienten og tilpasse læringsbehov til deres premisser, tidligere livsstil, levevaner og erfaringer, samt egenomsorgsbehov. Svikt i egenomsorgen er avgjørende for pasientens behov for hjelp. I sykepleie omfatter det tre sykepleiesystemer (referert i Kristoffersen, 2011).

3.3.4 Sykepleiesystemer

Orem har tre sykepleiesystemer som brukes for å rangere graden av svikt i egenomsorg. Disse forklarer graden av bistand som må iverksettes og hvilke kriterier innenfor de ulike systemene. Når en pasient får diabetes mellitus type 2 medfører dette til større krav til enkeltmenneskets egenomsorg. Dette på grunn av at pasienten ikke har tilstrekkelig med kunnskaper til å mestre situasjonen og dersom kravene blir for store fører det til egenomsorgssvikt. Sykepleieren sin funksjon er å kompensere for den svikten i egenomsorgen for pasienten (referert i Kristoffersen, 2011).

Det helt kompenserende systemet. Dette systemet er relevant da sykepleier skal gi pleie og hjelp til fullstendig pleietrengende pasienter som verken har mulighet til å opprettholde eller utføre egenomsorg. Da i spesifikke tilfeller som for eksempel bevisstløse eller andre akutte situasjoner.

Det delvis kompenserende systemet. Beskriver pasientsituasjon hvor pasienten klarer mye selv, men har en helserelaterende svikt og trenger derfor veiledning og hjelp til å klare å utføre egenomsorg. Her vil sykepleier komme inn og kompensere der hvor pasient ikke tilstrekkelig er i stand til å utføre handling eller mangler kunnskap og ressurser.

Det støttende og undervisende systemet. Her har pasienten tilstrekkelig med ressurser og evne til egen omsorg, men mangler kunnskap og erfaring. Pasienten er selvstendig, men trenger veiledning i forhold til å tilpasse seg den nye hverdagen med sykdommen (referert i Kristoffersen, 2011).

Vi velger det støttende og undervisende systemet for vår oppgave da den tar for seg pasientsituasjon hvor pasienten er i stand til å utføre egenomsorg selv, men mangler tilstrekkelig kunnskap, erfaring og trenger hjelp fra sykepleier til å oppleve motivasjon og mestring til å gjennomføre en livsstilsendring, samt å tilegne seg nye kunnskaper om sykdommen gjennom veiledning og undervisning.

3.4 Sykepleierfunksjon

Her vil vi presentere sykepleiefunksjon og deretter sykepleierens veiledende og undervisende rolle. Vi vil også presentere lovverk som er sentrale i forhold til sykepleierens pedagogiske funksjon.

Sykepleieren sin funksjon er å fremme menneskets utvikling, normalfunksjon, helse og velvære, samt ivaretagelse av enkeltes behov for sykepleie. Både pasienten selv, sykepleier eller andre kan utføre handlinger rettet mot egenomsorgsbehovene, i følge Dorothea Orem (referert i Kristoffersen, 2011).

I følge Tveiten (2008) bidrar sykepleier i sin pedagogiske funksjon ved å legge til rette for læring og mestring, vekst og utvikling, samt brukermedvirkning i møte med pasienter med nyopptaget diabetes mellitus type 2. Det kan være i form av undervisning og veiledning eller informasjon og instruksjoner. Sykepleieren spiller en sentral rolle i veiledning og undervisning i møte med pasienter med nyopptaget diabetes mellitus type 2.

Målet er å legge til rette for pasienten ved at de tilegner seg nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger til sin livsstilssykdommen slik at de opplever mestring og blir motivert til å håndtere sin egen livssituasjon, samt å leve med en livsstilsendring.

«Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger» (Tveiten, 2008, s. 30).

Sykepleierens pedagogiske funksjon utøves på forskjellige arenaer og er rettet mot ulike målgrupper. Arenaen kan være individuelle møter mellom pasienten og sykepleier eller gruppemøter. Arenaen kan være spontan eller en planlagt veilednings- eller undervisningssituasjon (Tveiten, 2008).

«Kompetanse kan relateres til holdninger, kunnskaper, ferdigheter og erfaringsbasert innsikt» (sitert i Tveiten 2008, s. 36).

Tveiten (2008) hevder at for å ivareta den pedagogiske funksjon er pedagogisk kompetanse nødvendig i møte med pasienter, den skal anvendes på en hensiktsmessig måte overfor den enkelte pasient. Sykepleieren sin pedagogiske kompetanse innebærer å ha kunnskaper og situasjonsforståelse innenfor sykepleierens ulike fagområder, deriblant pleie, pedagogikk, sykdomslære og psykologi. Til grunn for å vurdere egne handlinger ligger moralsk, etisk og emosjonell bevissthet da relatert til læring og utvikling hos pasienter og pårørende. Andre ferdigheter som er sentrale er samhandling og kommunikasjonsferdigheter, samt veiledning og undervisning.

3.4.1 Sykepleierens veiledende og undervisende rolle

«Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (sitert i Tveiten, 2008, s. 71).

Loven om spesialisthelsetjenesten (1999) omtaler pasientopplæring som en av de fire lovpålagte oppgaver. Pasientopplæringen har som mål å bidra med forbedre pasientens helsestatus, og bedre pasientens evne til å lære å håndtere og mestre hverdagen med en livsstilssykdom (Graue & Haugstvedt, 2011).

Graue & Haugstvedt (2011) sier at opplæring er en forutsetning for mestring av sykdom, og videre forebygge utvikling av komplikasjoner og forverring av sykdommen.

I følge Husebye & Løvås (2013) er diabetesomsorgen organisert slik at det skal i hovedsak bestå av lege som kontrollerer og følger opp diabetesforløpet, samt senkomplikasjoner. Foruten dette har sykepleier en stor rolle innen undervisning og veiledning. Evnenivå, alder, psykososiale forhold og andre sykdommer tas med i betraktning da de velger behandlingsmål. I all hovedsak bør oppfølgingen av diabetes mellitus type 1 og kompliserte tilfeller av diabetes type 2 i spesialisthelsetjenesten, mens de mer vanlige tilfellene av diabetes mellitus type 2 blir oppfulgt i primærhelsetjenesten da rettet mot fastlegen.

Pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 trenger ulik oppfølging og hjelp innenfor ulike typer helsetjenester. Innenfor denne pasientgruppen vil mestring av sykdommen være en sentral rolle i hjemmet hvor det ikke er tilgang til helsepersonell og de står alene med sin kroniske sykdom og de må ta selvstendige valg knyttet til fysisk aktivitet og ernæring (Graue & Haugstvedt, 2011).

Sykepleierens sin veiledende rolle er å legge til rette slik at pasienten opplever selvstendighet, mestrer hverdagen i hjemmet, samt ha en opplevelse av diabeteskontroll og ansvar for egen behandling og helse. Sentralt ligger å fremme den enkeltes håndtering av hverdagen knyttet til lærings- og mestringsaspekter. Under dette ligger veiledning til egenbehandling, individuell opplæring, bevisstgjøring av egne valg og konsekvenser av handlinger. Praktiske øvelser er også vesentlige for å kunne mestre hverdagen. Det er også viktig å involvere familien til pasienten da disse er viktige støttespillere. Pasienten trenger hjelp og støtte i oppfølgingen for å kunne mestre hverdagen med sykdommen (Graue & Haugstved, 2011).

Tveiten (2013) forteller om kjennetegn ved veiledning. Vi velger ut i fra disse, de som vi synes er relatert i møte med pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2.

Veiledning er en prosess som innebærer relasjon og et samspill mellom pasient og sykepleier eller gruppebasert. Sykepleieren har ansvar og kompetanse til utøve sykepleie og har pasienten i fokus, samt legger til rette for at pasienten kan komme med innspill og ansvarlig gjøres.

Tveiten (2013) nevner at fellestrekkene mellom veiledning og undervisning er klare, men begge metodene legger til rette for læring hos pasienten. Veiledning beskrives som en prosess som omhandler pasientens egne ressurser for læring og bevisstgjøring av læringsprosessen. Mens undervisning omhandler formidling av kunnskap.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) omtaler hvordan pasient har rett til å medvirke til egen pleie og behandling og de valg dette innebærer. Allgot (2011) omtaler brukermedvirkning som et begrep som legger vekt på pasientens behov og ønsker i fokus. Det innebærer at pasienten er med på å medvirke og tar beslutninger i egen behandling. Dette fører til at pasienten selv tar selvstendige valg og tar ansvar for sitt eget liv. Brukermedvirkning er et sentralt begrep som er knyttet til sykepleierens funksjon i forhold til veiledning til pasienter med diabetes mellitus type 2.

4. Hvilken funksjon har sykepleieren i forhold til forebygging av senkomplikasjoner til pasienter med diabetes mellitus type 2?

For å belyse problemstillingen har vi gjort en analyse av allerede skrevet teori. Denne vil bli drøftet opp mot hverandre, forskingsartikler og egne erfaringer. For å belyse problemstillingen ytterligere har vi valgt å lage tre underproblemstillinger slik at vi kommer frem til konklusjonen på vår problemstilling. Vi diskuterer først hvordan Dorothea Orem sin sykepleieteori kan brukes i praksis i møte med diabetespasienten, deretter sykepleierens veiledende funksjon i forhold til veiledning og undervisning og til slutt hvordan sykepleier kan motivere pasienten til en livsstilsendring.

4.1 Hvordan kan vi som sykepleiere bruke Orems sykepleieteori i møte med diabetespasienter?

I dette underkapittelet vil vi drøfte Orems teori om helsesviktrelaterende egenomsorgsbehov. Videre vil vi drøfte sykepleiesystemer og hjelpemetoder som vi beskriver i teoridelen.

Kristoffersen (2011) hevder at når pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2 oppsøker hjelp og bistand fra helsetjenesten i kommunen trenger de hjelp av andre på grunn av det kan forekomme forandringer i pasientens helsetilstand. Den nye hverdagen med sykdommen reduserer pasientens evne til egenomsorg. Pasienten mangler kunnskap og forståelse av diagnosen, det kan også forekomme svikt i å ta hensiktsmessige beslutninger, bedømme og vurdere livssituasjonen, samt evne til å gjennomføre og iverksette målrettet handlinger er redusert (referert i Kristoffersen, 2011).

I følge Orem (referert i Kristoffersen, 2011) omtaler hun de helsesviktrelaterende egenomsorgsbehovene. Innholdet betrakter vi til å være svært gjenkjennelig med diabetes mellitus type 2 pasienten og typen utfordringer som oppstår i diabetesforløpet.

Når en pasient utvikler diabetes mellitus type 2 kan det forekomme svikt i normal funksjon og helse og det trengs tilrettelegging for å forebygge ytterligere svikt. I tillegg trenger pasienten hjelp til å kartlegge og utarbeide en livsstilsendring.

Cavanagh (1999) sier noe om at i bakgrunn for at de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene ligger pasientens evne til å kunne ikke bare være bevisst på sine egen helsetilstand, men også forstå endringer som har skjedd. I disse tilfeller ligger det til grunn at pasienten tar initiativ til å oppsøke hjelp av kompetent helsepersonell.

Når vi omtaler sykepleierens pedagogiske funksjon velger vi å anvende Orems støttende og undervisende system. Systemet omtaler pasientens behov for informasjon, veiledning og sykepleierens rolle (referert i Kristoffersen, 2011). Cavanagh (1999) omtaler dette systemet der pasienten er i stand til å ivareta sin egenomsorg og har egenskapen å muligheten til å tilpasse seg nye situasjoner. Til tross for dette trenger pasienten veiledning og hjelp fra sykepleier. Sykepleierens rolle i dette systemet er imidlertid å sikre at pasienten har den egenomsorgsevnen pasienten trenger og at denne videreutvikles, men fokuset ligger på at det er pasienten selv som utfører egenomsorgen. Imidlertid er det viktig å være klar over at sykepleier ikke deler inn pasientene i faste systemer, men derimot være klar over at prosessen er kontinuerlig slik at, da pasienten får økende evne til egenomsorg vil for eksempel fokuset gå fra å bruke det delvis kompensierende systemet til det støttende og undervisende systemet.

Det er viktig at vi som sykepleiere kartlegger pasientens behov for veiledning og støtte for å best kunne støtte seg til hjelpemetodene som passer best i forhold til pasientens behov. I møte med pasienter med nyoppdaget livsstilssykdom kan det forekomme mangler i pasientens kunnskap og ferdigheter om sykdommen (referert i Kristoffersen, 2011).

Dette er gjenkjennelig ved nyoppdaget diabetes mellitus type 2 hvor pasienten vil oppleve svikt i normal funksjon, men mangler kunnskap for å kunne oppleve mestring og leve med sykdommen. Pasienten har tilstrekkelig med ressurser for å kunne utføre egenomsorg, men har ikke tilstrekkelig med kunnskap. Det er her vår rolle som sykepleier og vår pedagogiske funksjon er sentral (referert i Kristoffersen, 2011).

Vi ser det også vesentlig å bruke Orems fem hjelpemetoder (referert i Kristoffersen, 2011) som nevnt i teoridelen, da flere aspekter av disse er overførbare til vår pasientgruppe. I møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 er det sykepleieren som hjelper til med å kompensere for pasientens ressursvikt ved for eksempel å utføre blodsuktermåling for pasienten i begynnelsen. Da pasienten ikke har tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter om hvordan de utfører og håndterer dette riktig.

Videre kan pasienten gjøre dette selv eller gå til sin fastlege (Kristoffersen, 2011). Gjennom hele prosessen vil å veilede og undervise være av betydelig fokus for sykepleier. Målet vil være at pasienten opplever motivasjon til mestring av sin diabetes sykdom og at deres helse forbedres og det forhindres videre utvikling av sykdommen knyttet til senkomplikasjoner (Karlsen, 2011).

Innenfor sykepleierens rolle ligger ikke bare fysisk støtte, men også psykisk støtte. Pasienter med en nyoppdaget livsstilssykdom vil gjennomgå forandringer både i de hverdagslige gjøremål og personlige endringer. Det er da viktig at vi som sykepleiere samarbeider med pasienten for å tilpasse pasientens egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet. Det er viktig at vi som sykepleiere er lyttende og viser tilgjengelighet og har en forståelse av pasientsituasjonen. Sykepleierens oppgave er også å hjelpe og støtte pasienten til å tilrettelegge hverdagen for å fremme et godt miljø (referert i Kristoffersen, 2011). Men også tilrettelegge miljøet som bidrar til å fremme eksisterende egenomsorgsferdigheter og behjelpelig i utvikling av nye (Cavanagh, 1999).

Med dette tenker vi på flere aspekter innenfor miljøet for eksempel økonomiske og det sosiale. Allgot (2011) omtaler at hvis pasienten har en dårlig økonomi kan dette påvirke flere sider av sykdommen med tanke på at dårlig økonomi fører til nedsatt evne til å ha et sunt kosthold. Dårlig økonomi kan føre til redusert fysisk aktivitet på grunn av tidsmangel og tilgjengelighet. Pasientens sosiale miljø kan også påvirke levevaner i forhold til måltider og gjennomføring av livsstilsendringen (Allgot, 2011). Vi finner det unødvendig at samfunnet i dag er bygd opp slik at det koster mer av å være sunn enn usunn. Med tanke på dette er dagens samfunn ikke tilrettelagt for diabetespasienter som prøver å leve sunt og gjennomføre en livsstilsendring. I forskningen til Rao, Afshin, Singh og Mozaffarian (2013) vises det akkurat dette. Prisforskjeller er helt tydelige innenfor visse mat grupper. Noe som kan gjøre det problematisk økonomisk for visse grupper i samfunnet å leve sunt. Rao et. al (2013) hevder også at i gjennomsnitt er sunnere kostvaner dyrere enn mindre sunne kostvaner.

Det er pasienten selv som skal følge og utføre diabetesbehandlingen og ved pasientopplæring vil pasienten ansvarliggjøres for egen behandling og pleie slik at pasienten kan bedre mestre sykdommen. I tilfeller hvor pasientopplæring ikke gjennomføres tilstrekkelig og pasienten ikke er motivert til livsstilsendring og kontroll av sykdommen tidlig i forløpet i forhold til senkomplikasjoner og god diabetesomsorg. Kan dette føre til økt sykehusinnleggelse i kommunen som fører til store økonomiske konsekvenser for samfunnet (Allgot, 2011).

I forhold til våre erfaringer fra praksis i kommunen har vi observert dårlig gjennomført diabetesomsorg som fører til senkomplikasjoner og dårligere helse. I motsetning kan vi som sykepleiere bidra til å motivere å tilpasse læring og egenkontroll ved diabetes mellitus type 2 hos pasienten. Dette kan hindre forverring av sykdommen og senkomplikasjoner, noe som også gagnar samfunnet. Videre i drøftingen omtaler vi sykepleierens veiledende funksjon.

4.2 Hva er sykepleierens veiledende funksjon?

I dette underkapitlet omtaler og drøfter vi sykepleierens pedagogiske funksjon, samt veiledning og undervisning. Vi velger å støtte oss på Tveiten (2008) sin teorien om veiledning og undervisning.

Tveiten (2008) sin definisjon av veiledning synes vi går godt overens med tanke på vår rolle som sykepleier i møte pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2. Det nevner fokuset på istandsettingen til egen mestring som er sentral i undervisning og veiledning til diabetespasienter.

Husebye & Løvås (2013) nevner at sykepleieren har i samarbeid med lege en sentral rolle i forebygging av senkomplikasjoner og behandling av pasienter med diabetes mellitus type 2. I motsetning til mange andre kroniske sykdommer vil sykepleiers funksjon være mer fokusert på rådgivning og veiledning til pasienten.

I følge Tveiten (2008) vil veiledningen foregå i samarbeid med pasienten, der behandlingsmålene er basert på alder, evnenivå, andre sykdommer, samt psykososiale forhold. Fokuset settes på at pasienten er sin egen behandler og sykepleierens oppgave blir å hjelpe slik at pasienten mestrer og opplever kontroll, samt får innsikt i eget sykdomsbilde og effekten av behandling. Dette innebærer undervisning og veiledning i ernæring, fysisk aktivitet og forebygging av senkomplikasjoner.

Robertson (2011) sier noe om i sin forskning viktigheten av veiledning og undervisning til pasienter med diabetes mellitus type 2 i forhold til livsstilsendring. Som veileder er det også viktig å innhente den kunnskapen om sykdommen pasientene har slik at sykepleier kan lettere tilpasse ny informasjon. Forskingen omtaler hvor nødvendig det er å få pasienten til å forstå viktigheten av fysisk aktivitet og ernæring i forhold til pasientens helsetilstand.

Det omtales også som vi nevner flere ganger i vår oppgaven hvor viktig kontinuerlig oppfølging er og den sentrale rolle sykepleier har i forhold til undervisning og veiledning. Robertson (2011) hevder videre å gi støtte til pasientene gjennom livsstilsendringen å lage planer sammen med pasienten. Disse planene er en spesielt viktig del av samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Vi forstår viktigheten med å ha velopplyste pasienter som forstår ikke bare sin sykdom, men innehar informasjon som er nødvendig til å ta vare på seg selv. Når vi snakker om diabetespasienten er det ingenting som er viktigere for oss som sykepleiere enn å klare å motivere pasienten til å oppnå mestring.

Claudi (2014) hevder at for å kunne sørge for optimal behandling og veiledning til pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2 er det en forutsetning at vi som sykepleiere har den faglige kompetansen som er nødvendig. Derfor er det viktig at kommunen og spesialisthelsetjenesten legger til rette for opplæring og øke kunnskapen hos helsepersonell i forhold til diabetes og diabetesbehandling. Til tross for dette er det i følge Claudy (2014) per i dag i Norge ikke nok kunnskap om omfanget av diabetespasienter, diabetesbehandling, valg av behandlingsresultater og behandlingsstrategier. Noe som påvirker diabetesomsorgen negativt. På grunn av dette er det viktig med å ha kompetente helsepersonell i fremtiden.

Samhandlingsreformen omtaler at den viktigste innsatsen i helsetjenesten fremover er å utdanne kompetent helsepersonell. Da med tanke på at det må prioriteres at utdanning av helsepersonell til rette legges mer for fokus i arbeid i kommunen, siden samhandlingsreformen legger til rette for at større deler av behandling og flere pasient grupper skal behandles ute i kommunen. Dette ser vi på som relevant i forhold til diabetespasienten da forekomsten øker og personer med mikro – og makrovaskulære senkomplikasjoner vil være en stor gruppe i den kommunale helsetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartement, 2009).

Karlsen (2011) hevder at å leve med diabetes mellitus type 2 er krevende og mange opplever utfordringer knyttet til en livsstilsendring. Diabetes påvirker flere aspekter i livet, og det er pasienten selv som må ta kontroll, dette er på grunn av at diabetes er en kronisk sykdom som pasienten må leve med og samtidig kunne mestre de endringene som kreves for å oppnå optimalt diabeteskontroll. Dette innebærer forståelse av de prosessene som foregår i kroppen og hvordan pasienten som egen behandler kan påvirke disse prosessene ved å leve en livsstil som er sunn eller usunn (Karlsen, 2011).

Vi som sykepleiere forventer at pasienten søker kunnskap og aktivt følger de rådene som sykepleier forteller i undervisning og veiledning, men noen ganger kan det oppstå utfordringer der pasienten ikke har noen motivasjon (Helsedirektoratet, 2009).

«Endring kommer først når motivasjon, ønske og evne til handling er til stede»
(Helsedirektoratet, 2009, s. 43).

Motivasjon er blant de viktigste aspektene når det gjelder pasientopplæring og forebygging av senkomplikasjoner. I følge Prescott (2014) er spørsmålet forbundet med endring, det vil si hvorfor endringene må gjøres er sentralt. I møte med diabetespasienter skjer det en forandring i deres hverdag og de kan sammen med sykepleiere gjennomføre en livsstilsendring for å unngå forverring av sykdommen. Sykepleierens sin pedagogiske funksjon er å bidra sammen med pasienten å gi de en positiv opplevelse av livsstilsendringen bygget på motiverende faktorer som for eksempel positive konsekvenser av endret livsstilsendring som fører til bedre helse og som forebygger senkomplikasjoner. Dette kan innebære bedre kondisjon, søvn og selvfølelse gjennom økt fysisk aktivitet. Tveiten (2008) nevner at i noen tilfeller vil pasienten ikke bestandig være klar over sine behov for endring. Det kan være på grunn av at motivasjonen til pasienten er lav eller at pasienten kan ha lite krefter, være svak fysisk og derfor ha lite overskudd til å tilegne seg ny kunnskap om livsstilsendringen. Det kan derfor være en utfordring å motivere pasienten. I disse tilfeller vil det være sykepleieren sitt ansvar å bevisstgjøre pasienten om hvilke konsekvenser mangelfull endring har for helsen, men det er pasienten som tilslutt sitter med ansvaret. Videre vil fokuset være at vi som sykepleiere utarbeider en plan i samråd med pasienten.

Bartol (2011) sier i sin forskning noe om at veilederens rolle i sammenheng med motivasjon omhandler at det, å lytte til pasienten og vise empati kan være et nyttig redskap for å oppnå endring hos pasienten. I motsetning til mange andre sykdommer hvor sykepleierens rolle blir å behandle pasienten, blir sykepleieren oppfordret til å motstå å gjøre noe for pasienten, men derimot sammen med pasienten identifisere pasientens problemer. Videre finne løsninger for å oppnå endring. Dette bygger på et godt sykepleier-pasient-felleskap. Veilederens rolle er også å forklare pasienten hvordan livsstilsendringer som for eksempel fysisk aktivitet eller mestring av blodsukkerregulering kan hjelpe med å oppnå mål og samtidig forbygge senkomplikasjoner. På grunn av at økt forståelse av livsstilsendringene vil det også føre til økt motivasjon til videre livsstilsendring.

Bartol (2011) hevder også at det er viktig at veileder er bevisst på at det kan være forskjell på pasientens og veileders behov og ønsker. Det finnes også flere måter å få pasienten til å gjennomføre en endring. Pasienten er ofte bevisst på det underliggende problemet og det er ikke bestandig den beste løsningen å fortelle hva pasienten må gjøre for å endre sin helsetilstand, men heller forklare hvilke helsegevinster økt fysisk aktivitet og endret kosthold kan føre til. Dette innebærer bedre blodglukoseregulering, bedre selvfølelse og forebygging av hjerte-og karsykdom og senkomplikasjoner. Pasienter som skal gjennomføre en livsstilsendring har ofte problemer med motivasjon, da livsstilsendring krever at pasienten må gi slipp på det normale. All endring er motivasjon og motstand. Alle kan oppleve motstand i livsstilsendringen. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere motiverer pasienten og støtter pasienten i de valgene de tar og bidrar til med å øke kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet hos pasienten.

Etter å ha samlet inn pasientens behov og ønsker for livsstilsendringen lager sykepleieren en plan sammen med pasienten. Denne planen inneholder hensikten med veiledningen og undervisningen og hvilket tema og emne som baseres på pasientens behov for livsstilsendring. I møte med pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2 har pasienten behov for å endre kostholdet og øke fysisk aktivitet for å forebygge senkomplikasjoner. Men også legge til rette for forståelse og mestring hos pasienten når det gjelder å mestre hverdagen med sykdommen og ha en forståelse for sykdommen. Å samarbeide med pasienten handler også om å legge til rette for brukermedvirkning (Tveiten, 2008).

Det er viktig at pasienten er aktiv i behandlingen av sykdommen og sammen med sykepleier legge en plan for hvordan pasienten skal håndtere sykdommen i hverdagen, så langt dette lar seg gjøre. Som nevnt i teoridelen er retten til medvirkning i egen pleie og behandling lovpålagt (Iversen og Skafjeld, 2011). Men etter vår erfaring er pasienten ikke bestandig klar over hvilke rettigheter de har og da er det vår oppgave som sykepleiere å opplyse dem.

I møte med diabetespasienten, som også omhandler alle andre pasienter, er det viktig at vi er klar over at det er mange faktorer som påvirker pasientsituasjon i veiledning og undervisning. For eksempel tilstanden til pasienten kan være påvirket, pasienten kan ha smerter eller ubehag, men også kan pasienten være utmattet eller ha lite overskudd til veiledning og undervisning. Sykepleieren legger da til rette for veiledning og undervisning slik at pasientens behov og tilstand blir tatt i betraktning (Tveiten, 2008).

Helsedirektoratet (2009) nevner to former for pasientopplæring i forhold til diabetespasienten: individuell opplæring og gruppebasert opplæring. I motsetning til gruppebasert vil individuell opplæring har større fokus på individuell tilrettelegging av undervisningen og valg av fokus. Det er også mer satsing på kontinuerlig opplæring i motsetning til gruppebasert opplæring hvor det er lite kontinuitet. Opplæring har fokus på praktiske og teoretiske utfordringer, men også følelsesmessige aspekter ved å leve med sykdommen. Videre omtales Tjelta & Holsen (2013) sin forskning som sier noe om gruppebasert opplæring.

Tjelta & Holsen (2013) omtaler i sin forskning at i gruppebasert opplæring ville det vært mer optimalt om kursene var til rette lagt i forhold til kunnskapsnivå og behov. Da det kunne være frustrerende å lære om kunnskap deltakerne allerede hadde fra før. Det ble også uttrykt at selv om kurset var veldig nyttig for deltakerne følte de at videre oppfølging med tilbud om kurs var nødvendig for å kunne veilede dem bedre. I motsetning til individbasert opplæring satte deltakerne pris på å kunne snakke med andre i lignende situasjoner. Dette skaper også tilhørighet i gruppen da de har en felles forståelse av sykdommen. Vi som sykepleiere kan bruke denne artikkelen til forbedre hvordan vi veileder og underviser pasientgruppen i fremtiden, da vi nå har en bedre forståelse for hvilke aspekter av opplæring diabetespasienter etterspør og hva de vektlegger som viktig informasjon angående sin sykdom.

I møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 i kommunehelsetjenesten har vi erfart i praksis at sykepleierens funksjon er viktig rundt veiledning og undervisning. Med tanke på at pasienten har behov for informasjon om sin nye sykdom og trenger oppfølging for å føle ivaretagelse og mestring. Denne typen undervisning forekommer i all hovedsak i gruppebasert opplæring og sykepleierens rolle er å veilede og undervise i samhandling med annet helsepersonell. Overgangen fra å være frisk til å ha en sykdom kan være en utfordring for de fleste og det er da viktig for sykepleieren å være imøtekommende, gi støtte og tilpasse informasjon for hver enkel pasientgruppe (Tjelta & Holsen, 2013).

Når en pasient får diagnosen nyoppdaget diabetes mellitus type 2 er det viktig for pasienten å være bevisst på hva som påvirker blodglukosen. Både kostholdsvaner og levevaner, samt fysisk aktivitet påvirker blodglukosen (Aas, 2011).

4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere motivere pasienten til en livsstilsendring

I dette underkapittelet vil vi drøfte hvilke faktorer som påvirker blodglukosen og hvordan vi som sykepleiere sammen med pasienten i kostholdsveiledning kartlegger og legge til rette for en bedre hverdag for pasienten med tanke på en livsstilsendring med hovedfokus på ernæring og fysisk aktivitet. Slik at de opplever mestring og kontroll, men også føle seg inkludert i sin diabeteskontroll, noe som også vil føre til forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes mellitus type 2.

En pasient med nyoppdaget diabetes mellitus type 2 må tilpasse seg nye levevaner. Det er viktig at sykepleieren har fokus på enkeltmennesket og at de trenger individuelt tilpasning. Det som kanskje er det viktigste aspektet ved tilvenning til en livssituasjon er motivasjon. Dette begrepet er sentralt i diabetesbehandling og spesielt i vår formening da det gjelder diabetes mellitus type 2. Grunnen til dette er at vi som sykepleiere skal veilede og undervise pasienten om kosthold, men det er pasienten selv som har ansvaret for å gjennomføre livsstilsendringen. Det er akkurat i forhold til dette det er viktig å møte pasienten på deres premisser siden de kjenner sine egne grenser best og vet selv hva de er i stand til å klare å gjennomføre av livsstilsendringen. Vi må ta i betraktning i omfanget av endringer som må gjøres med tanke på at jo større endringer, desto vanskeligere blir det å gjennomføre, samt følge opp livsstilsendringen. Men hvis vi tar i utgangspunkt i de nødvendige endringene og lar pasienten beholde sine kostholdsvaner så langt det lar seg gjøre, vil sjansene øke for å kunne etablere nye levevaner (Aas, 2011).

Det er derfor viktig at sykepleieren kartlegger pasientens kostvaner og finne ut hva pasienten liker og ikke liker av ulike typer matvarer. Det er også viktig at pasienten selv er fornøyd med kostholdsendringen. Sykepleieren kan bidra til i planleggingen av måltider og innkjøp av mat slik at pasienten får støtte og veiledning. Det er også viktig å kartlegge hvilke matvarer og matmengden som bidrar til å opprettholde god blodglukosenivå hos pasienten (Aas, 2011).

Tjelta & Holsen (2013) sin forskning viser at det å ha kunnskaper om diabetes mellitus type 2 er viktig for hvordan pasienten skal leve og mestre sykdommen. Behandlingen av diabetes mellitus type 2 er egenbehandling, der det kreves at pasienten selv har kunnskaper om praktiske gjøremål som fysisk aktivitet, kostholdsendringer og blodsuktermåling. Gjennom gruppebasert opplæring tilegner pasientene seg nye kunnskaper om hverdagskostens betydning for blodglukosen. Det ble vektlagt at informasjonen om kosthold og fysisk aktivitet var veldig nyttig. Deltakerne var bevisste på sykdommen og diagnosen, spesielt hadde de fokus på kostens påvirkning på blodsukkeret i pasientopplæringen. Når det gjelder fysisk aktivitet hadde flere av deltakerne mer fokus på kostholdet, da de mente selv at dette hadde de mer kontroll over, men også hvordan kostholdet kunne påvirke og endre deres livssituasjon. Men de etterlyste i mer detalj om kostens betydning for sykdommen og mer detaljert undervisning om mat og fysisk aktivitet, samt mer praktisk opplæring om matlaging og fysisk aktivitet.

Videre i undersøkelsen til Tjelta & Holsen (2013) kommer det frem at noen av deltakerne syntes det var for lite fokus på viktigheten av å få informasjon om selve sykdommen, hvordan den arter seg og senkomplikasjoner tidlig i forløpet. De mente at dette var essensielt for å kunne forstå seg på sykdommen og hvordan de skal kunne håndtere hverdagen. De mente også at kurstilbudet burde komme tidlig i sykdomsforløpet og at de burde bli opplyst om dette når de fikk diagnosen. Det kom også frem at opplæring innenfor psykisk helse og diabetes burde prioritets bedre da det kanskje ikke er kjent at dette er en påkjenning både fysisk og psykisk å få en kronisk sykdom. Det å ha kunnskaper om sykdommen gir en bedre forståelse av det å leve med diabetes mellitus type 2 og samtidig bidrar til hvordan pasientene skal forholde seg til den nye hverdagen. Det å se sammenhenger og forstå situasjonen gjør hverdagen for pasientene mer forutsigbar.

Vi som sykepleiere kan bruke denne studien til å forbedre hvordan vi kan vektlegge som viktig kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet, samt betydningen for sykdommen.

Blodglukosenivået påvirkes av hvordan vi spiser og hva vi spiser. Faktorer som påvirker hva vi velger å spise er tradisjoner, levevaner, tilgjengelighet, tid og økonomi. Det kan derfor forekomme en konflikt med ytterligere utvikling av sykdommen. Det er avgjørende at pasienter med diabetes mellitus type 2 har kunnskaper om ernæring, da kostholdet spiller en sentral rolle i forebyggende arbeid av senkomplikasjoner ved diabetes mellitus type 2, samt andre sykdommer (Aas, 2011).

Ulike faktorer som påvirker blodglukosenivået er mengden og hvilken type karbohydrater, men også sammensetningen av andre næringsstoffer i kostholdet. Hos pasienter med diabetes mellitus type 2 vil graden av insulinresistens, samt behandlingsform påvirke hvor mye blodglukosenivået vil øke etter måltidet. Det kan derfor være vanskelig for pasienten å finne ut hvor mye blodglukosenivået vil øke etter et måltid, da på grunn av sammensetningen og innholdet av fett, proteiner, karbohydratet og fibrer. For å oppnå normalt blodglukosenivå og samtidig tilpasse matmengden og matvarer er det viktig at pasienten får tilstrekkelig inntak av de næringsstoffene som kroppen trenger. Det viktig å spise matvarer som er rike på karbohydrater som kornvarer og brød, for eksempel potet, ris og pasta. Sukkerrike matvarer bør unngås da det vil gi store svingninger i blodglukosenivået (Aas, 2011).

Gjennom kostholdsendring får pasienten erfare hvilke matvarer som påvirker blodglukosen slik at de selv kan gjøre justeringer i kostholdet. For å oppnå god effekt av endringene med kostholdet er motivasjon en viktig faktor, men også at pasienten selv ser behovene for kostholdsendringen (Lundestad, 2014).

I behandling av diabetes mellitus type 2 er også fysisk aktivitet en viktig del (Bævre, 2014). Fysisk aktivitet forebygger hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk og overvekt. Regelmessig fysisk aktivitet bidrar til å bedre blodglukosekontrollen og senker gjennomsnittlig HbA1c, men det har også en gunstig effekt på risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom, ved å senke blodtrykket og redusere kolesterolet. I tillegg bidrar fysisk aktivitet til en bedre mental og fysisk helse, samt økt velvære (Sagen, 2011).

Helsedirektoratets anbefalinger (2009) omtaler at pasienten bør gjennomføre fysisk aktivitet minst 30 minutter hver dag. Men pasienten trenger ikke å være kontinuerlig i aktivitet, de kan for eksempel dele opp de 30 minuttene på hverdagsaktiviteter som for eksempel bruke 15 minutter på rengjøring i hjemmet og 15 minutter på hagearbeid.

Sagen (2011) hevder at det er en utfordring for sykepleiere å motivere pasienten til livsstilsendringer knyttet til fysisk aktivitet og ernæring. I møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2, kan det være lettere å motivere og støtte pasienten da på grunn av at de har en nyoppdaget livsstilssykdom og det kan være lettere å påvirke pasienten i forhold til pasienter som har hatt sykdommen i flere år.

Det er derfor viktig for sykepleieren å identifisere og kartlegge faktorer som hindrer pasienten til å gjennomføre fysisk aktivitet, samt å finne de motiverende faktorene som bidrar til glede, men også pasienten kan ha medisinsk nytte av. Motiverende faktorer for pasienter med nyopplaget type 2 diabetes kan være forebygging av overvekt og senkomplikasjoner. Tilrettelegging av fysisk aktivitet må individualiseres (Sagen, 2011).

I Malpass, Andrews, Turner (2008) sin studie om diabetes mellitus type 2 og livsstilsendring omtales at det stort sett det å gjennomføre flere livsstilsendringer samtidig, det vil si økt fysisk aktivitet og endret kosthold, oppleves som positivt av deltakerne. Men det kommer frem at i de tilfeller hvor samtlige endringer blir for mye burde det anbefales fysisk aktivitet først, da dette fører til bedre mestring og bedre selvfølelse. Som veiledere blir vår rolle som sykepleiere å hjelpe pasienten til å identifisere problemer, slik at de kan løses. Videre hjelpe pasienten til å klare å gjennomføre livsstilsendring både i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Studien omtaler fysisk aktivitet som en bro som gjør det lettere å overkomme kostholdsendringer, samt har flere helsegevinster. Vi har opplevd det samme i praksis hvor vi har hatt samhandling med pasienter som har hatt problemer med å starte med en livsstilsendring. Dette har i flere tilfeller endt opp med at pasienten har mistet motivasjonen, da på grunn av utilstrekkelige fremgang. I disse tilfeller har det å begynne med fysisk aktiviteten uten å endre kostholdsvaner vært en god løsning. I motsetning til forskningen av Tjelta & Holsen (2013) hvor pasienten opplevde at det var lettere å starte livsstilsendringen med kosthold, anbefales oppstart av fysisk aktivitet i denne studien.

Fra tidligere praksis i kommunen har vi fått et innblikk der kommunen gir et tilbud til personer som har behov for hjelp til å endre levevaner med hovedfokus på ernæring og fysisk aktivitet. Disse tilbudene gis blant annet gjennom individuelle samtaler som bygger på inspirasjon, motivasjon og kunnskap til å gjennomgå en livsstilsendring. I forhold til ernæring gjennomfører de et matkurs med fokus på å oppå et variert og sunt kosthold, men også øke motivasjonen til å endre kostholdet hos deltakerne. Deltakerne får blant annet råd og veiledning i ernæring gjennom praksis og teori. Vi ser at mange har motivasjon og ønsker til å endre sine levevaner, men ikke alle er villige eller har ønsker om å endre levevaner. Å endre levevaner har også helsemessig god effekt på helsen. Dette innebærer helsegevinster som god helse, det er også sosialt i møte med andre mennesker i lignende situasjoner, de hjelper og støtter hverandre i kurset. Det er dette som bidrar til å øke motivasjonen til å endre levevaner hos deltakerne (Elverum kommune, s.a.).

Når det gjelder fysisk aktivitet får deltakerne tilbud om å møtes et par dager i uken der aktivitetstilbudet er tilpasset til alle deltakerne som deltar i aktiviteten. Fysisk aktivitet forgår i grupper og de er både innendørs i en gymsal og ute i naturen. Mange av deltakeren er motivert til å delta i aktiviteter, men noen ganger kan det være en utfordring for andre. Deltakerne er veldig flinke til å motivere hverandre, dette bidrar til et godt fellesskap med økt kunnskaper om fysisk aktivitet. Positive aspekter ved dette tilbudet er at det er sosialt og de kan støtte seg i samhold med andre. Deltakerne tilegner seg også ny kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet som bidrar til økt forståelse av sykdommen og bevisstgjøring av hverdagskostens betydning for helsen (Elverum kommune, s.a.).

I følge Langeland (2014) har deltakere på kurs uttalt at det finnes noen positive aspekter av å ha diabetes. Deriblant at pasientene får et økt fokus på å ha et sunnere liv med fokus på bedre levevaner. Vi er også enig at diabetes har flere positive aspekter. Pasienter med nyopplaget diabetes mellitus type 2 vil på grunn av sin sykdom ofte måtte gjennomføre en livsstilsendring, da spesifikt til ernæring og fysisk aktivitet. Måten vi ser dette her på er at diabetes kan være en utløsende faktor for livsstilsendring som i mange tilfeller vil være positivt. Hadde ikke pasienter med diabetes mellitus type 2 fått diagnosen, er sjansen stor for at de hadde fortsatt sine gamle levevaner og ikke tatt vare på sin helse.

Allgot (2011) hevder at diabetesbehandlingen har flere utfordringer i fremtiden. Det innebærer deriblant å hindre forekomsten av sykdommen, sørge for god veiledning for å forhindre forverring av sykdommen. Det er også viktig å tilpasse tilbudet til hver enkel pasient, ha ressurser tilgjengelig på rett tidspunkt og at disse blir utnyttet på best mulig måte. Med tanke på disse utfordringene legges det økt press på sykepleieren som veileder, da flere av disse utfordringene forekommer på systemnivå og hvordan samfunnet tilrettelegger for helse. I dag er det blitt god fokus på å spise sunt å være fysisk aktive, men allikevel tilrettelegger ikke samfunnet for gode levevaner. For eksempel vi ser i dagligvare butikker i dag at sunn mat koster mer enn usunn mat. Vi tenker selvsagt at dette er noe vi som sykepleiere vil være med på å påvirke, men samfunnet vil påvirke i en større grad enn oss. Derimot da det gjelder veiledning til diabetespasienter og da forebygging av senkomplikasjoner har vi som sykepleiere en sentral rolle. Hvordan kan vi som sykepleiere påvirke pasientens levevaner i samfunnet?

5. Konklusjon

Vi har i drøftingsdelen diskutert Orems sykepleieteori i forhold til møte med diabetespasienten hvor vi bruker hjelpemetoder og sykepleiesystemer som kan hjelpe sykepleieren til å bli en bedre veileder. Videre har vi diskutert og fremstilt ulike aspekter ved sykepleieren sin pedagogiske funksjon ved Tveitens teori om veiledning. Hvordan bruk av gruppebasert opplæring er et verktøy for å øke læringsutbytte hos diabetespasienten og hvordan motivasjon påvirker pasienten på ulike arenaer. Til slutt har vi drøftet og diskutert livsstilsendring med hovedfokus på ernæring og fysisk aktivitet og fremstilt hva sykepleierens rolle er i forhold til kostholdsveiledning. Hvor sykepleier i samråd med pasient kartlegger pasientens behov for endring i kosthold og levevaner, men også legge til rette for en bedre hverdag, der pasienten selv opplever mestring og diabeteskontroll. Dette bidrar til å forebygge senkomplikasjoner ved diabetes mellitus type 2.

Vi valgte å bruke tre underproblemstillinger i drøftingen for å lettere diskutere og drøfte de aktuelle underpunktene. Vi har gjennom vår oppgave belyst vår problemstilling som har ført at vi har fått en bedre forståelse og innsikt av sykepleierens funksjon i forhold til forebygging av senkomplikasjoner knyttet til veiledning om ernæring og fysisk aktivitet i møte med pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 2. Gjennom veiledning og undervisning er det viktig for pasienten å kunne ivareta sine egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet, samt å mestre sin nye hverdag med livsstilssykdommen. Det å leve med diabetes mellitus type 2 kan for mange oppleves som utfordrende og det er sykepleieren sin rolle å være en god støttespiller. Dette innebærer å være imøtekommende og tilpasse undervisningen og veiledningen til hver enkel pasient basert på hvilket nivå de ligger på. Dette bidrar til vekst og utvikling, samt læring og mestring i håndtering av livsstilssykdommen.

Samhandlingsreformen (2009) omtaler diabetes og videre forebygging av forekomst av denne livsstilssykdommen. På grunn av økende forekomst av diabetespasienter i fremtiden og økt andel mennesker som er overvektige, er risikoen for å utvikle diabetes stor. Fremover blir da helsetjenestens oppgave å bli i stand til å identifisere risikogrupper og sette i gang tiltak tidlig i forløpet, men også forhindre forverring av sykdommen og senkomplikasjoner.

Her ligger samfunnets ansvar å tilby pasientene et lavterskeltilbud i forhold til ernæring og fysisk aktivitet. Dette kan innebære et kurstilbud til diabetespasienter om livsstil, mestring og læring.

Dette er noe vi kan ta med oss i fremtidig møte med diabetespasienter og gagnar både oss som sykepleiere og pasientgruppen. Vi føler at den økte kompetansen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med vår oppgave, bidrar til at vi er blitt mer bevisste i vår funksjon som sykepleier. Selv om vårt arbeid er diabetes spesifisert ser vi en kobling mellom mange av funnene våre som kan knyttes til andre helsetilstander, slik at vi føler oss mer forberedt i vår nye rolle som sykepleier. Vi har videre tilegnet oss kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan bli bedre til å veilede og hva vi vil vektlegge som nødvendig informasjon i møte med diabetespasienten. Vi har også fått et innblikk i hva diabetespasienten ønsker fra oss som veiledere.

Litteraturliste

*Aas, A-M (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld, & M. Grause. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 123-146). Oslo Akribe.

Antall sider: 24

*Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld, & M. Grause. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 205-215). Oslo Akribe.

Antall sider: 11

Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (Red.). (2010). *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Bartol, T. (2011). *Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner*. Lokalisert på

<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/j.1745-7599.2012.00722.x/epdf>

Antall sider: 7

*Bævre, H. (2014). Diabetes, fysisk aktivitet og idrett. I S. Vaaler, & T. Møinichen. (Red.), *Diabeteshåndboken*. (s. 77-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 5

*Cavanagh, S.J (1999). Hva er sykepleie?. I S.J. Cavanagh. Orems sykepleiemodell i praksis. (s. 15-48). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 34

*Claudi, T. (2014). Helsevesenets rolle – spesialisthelsetjenesten. I S. Vaaler, & T. Møinichen. (Red.), *Diabeteshåndboken*. (s. 19–22). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 4

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og Omsorgsdepartement. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

*Diabetesforbundet. (2014). *Diabetes type 2.* Lokalisert på <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Antall sider: 1

*Diabetesforbundet. (2015). *Metabolsk syndrom.* Lokalisert på http://www.diabetes.no/Metabolsk+syndrom.b7C_wlfQWM.ips

Antall sider: 1

*Elverum kommune. (s.a.). *Frisklivssentralen.* Lokalisert på <https://www.elverum.kommune.no/Handlers/fh.ashx?MIId1=483&FilId=2215>

Antall sider: 4

*Graue, M., & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld, & M. Graue. (Red), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling.* (s. 237-253). Oslo Akribe.

Antall sider: 16

*Helsedirektoratet. (2009). *Diabetes - forebygging, diagnostikk og behandling.* (Rundskriv IS 15-1674). Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalfaglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonalfaglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>

Antall sider: 148

*Husebye, T. & Løvås, K. (2013). *Endokrinologi. En medisinsk lærebok.* (s. 50-51). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Antall sider: 2

*Iversen, M.M. & Skafjeld, A. (2011). Organisering av helsetjenesten og tverrfaglig samarbeid. I A. Skafjeld & M. Graue. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling.* (s. 263-264). Oslo Akribe.

Antall sider: 2

Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I E. Bach-Gansmo, J. Mjell & S. Ørn (Red.), *Sykdom og behandling*. (s. 380-391). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 11

*Karlsen, B. (2011). Den individuelle veilednings samtalen – nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld, & M. Grause. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 216 - 236). Oslo Akribe.

Antall sider: 21

*Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.-A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Bind 1*. (s. 227-240). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Antall sider: 13

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

Antall sider: 5

*Langeland, A. W. (2014). Å leve med diabetes. I S. Vaaler og T. Møinichen. (Red.), *Diabeteshåndboka*. (s. 235–240). Oslo Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 6

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Malpass, A., Andrews, R. & Turner, K.M. (2008). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108004667>

Antall sider: 6

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe A/S.

*Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler og T. Møinichen. (Red.), *Diabeteshåndboken*. (s. 23-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 7

Pasient- og brukerettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §3-1. (2014).

*Rao, M., Afshin, A., Singh, G & Mozaffarian, D. (2013) Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis.

Lokalisert på <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e004277.short>

Antall sider: 16

*Robertson, C. (2011). *The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes*. Lokalisert på

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=247a9cd9-9bb9-45fd-8bee-fa34c481f3e1%40sessionmgr4001&vid=4&hid=4209>

Antall sider: 9

*Sagen, J.V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld, & M. Grause. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 19-73). Oslo Akribe.

Antall sider: 54

*Sagen, J.V. (2011). Fysisk aktivitet. A. Skafjeld, & M. Grause. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (147-159). Oslo Akribe.

Antall sider: 12

Sortland, K. (2011). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. (4. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. § 3- 8. (2014).

Antall sider: 1

*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*.

Lokalisert på

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

Antall sider: 13

*Torgauten, J.O.A. (2011). Psykisk helse og type 1-diabetes. I A. Skafjeld, & M. Grause. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 192-196). Oslo Akribe.

Antall sider: 5

*Tveiten, S. (2008). Sykepleierens funksjon og ansvarsområde. S. Tveiten. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.), (s. 27-29). Bergen Fagbokforlaget.

Antall sider: 7

*Tveiten, S. (2008). Å legget til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. I S. Tveiten. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). (s. 70-73). Bergen Fagbokforlaget.

Antall sider: 3

*Tveiten, S. (2008). Sykepleierens pedagogiske funksjon. I S. Tveiten. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). (s. 30-41). Bergen Fagbokforlaget.

Antall sider: 11

*Tveiten, S. (2008). Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende. I S. Tveiten. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). (s. 157-166). Bergen Fagbokforlaget.

Antall sider: 10

*Tveiten, S. (2013). Hva er veiledning?. I S. Tveiten. *Veiledning – mer enn ord...* (4. utg.). (s. 19-32). Bergen Fagbokforlaget.



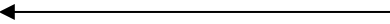
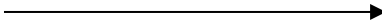
Antall sider: 14

*Tveiten, S. (2013). Veiledningens grenseområder. I S. Tveiten. *Veiledning – mer enn ord...* (4. utg.). (s. 33-46). Bergen Fagbokforlaget.

Antall sider: 14

Selvvalgt litteratur: 497

Vedlegg 1 - PICO- skjemaet

Patients/population/ problem HVEM?	Intervention/initiativ/ action HVA?	Comparison ALTERNATIV ER?	Outcome RESULTAT/ EFFEKT?	 OR 
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
Diabetes type 2 Diabetes mellitus, type 2 Healthy food	Undervisning Patient education Change of lifestyle Livsstilsendring	Erfaringer Experience	Mestring av egen sykdom Livsstilsendring Veiledning Cost more	
 AND 				

Vedlegg 2 – fremgangsmåten for søk av forskningslitteratur

Databaser	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Resultat
Idunn (19.05.15)	Avansert søk Årgang: 2010-2015 Fagområder: helse- og sosial fag	Diabetes type 2	24	23	1	«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
Cinahl (19.05.15)	Full text Publication date: 2008-2015	Diabetes type 2 AND Change of lifestyle	194	193	1	Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study

Medline (19.05.15)	Publication date: 2010 - 2015	Diabetes Mellitus Type 2 AND Patient education as Topic AND Experience	39	38	1	Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner
Cinahl (19.05.15)	Publication date: 2010-2015 Full text	Nurse AND Type 2 diabetes	258	257	1	The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes
Google scholar (19.05.15)	Publication date: 2008 - 2015	Healthy food cost more	Omtrent 362 000	361 999	1	Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis

